

HELOISA ADAS REGIANINI

**PERFIL DAS PACIENTES SUBMETIDAS À INSERÇÃO DE
DISPOSITIVO INTRA-UTERINO NO CENTRO DE SAÚDE
DOS INGLESES**

**Trabalho apresentado à Universidade
Federal de Santa Catarina, como requisito
para a conclusão do Curso de Graduação
em Medicina.**

**Florianópolis
Universidade Federal de Santa Catarina
2009**

HELOISA ADAS REGIANINI

**PERFIL DAS PACIENTES SUBMETIDAS À INSERÇÃO DE
DISPOSITIVO INTRA-UTERINO NO CENTRO DE SAÚDE
DOS INGLESES**

**Trabalho apresentado à Universidade
Federal de Santa Catarina, como requisito
para a conclusão do Curso de Graduação
em Medicina.**

**Presidente do Colegiado: Prof. Dr. Maurício José Lopes Pereima
Professor Orientador: Prof. Dr. Charles Dalcanale Tesser
Co-orientador: Dr. José Carlos Prado Júnior**

**Florianópolis
Universidade Federal de Santa Catarina
2009**

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, por me fazer acreditar que é possível transformar os sonhos em realidade, mesmo que o caminho nem sempre seja tão fácil.

Aos meus pais, pelo apoio e amor incondicional, pelas palavras certas nas horas mais incertas e por compreenderem as minhas ausências ao longo desses anos. Sou muito feliz por fazer parte de suas vidas, e sei que tudo o que sou hoje é por causa de vocês, meus maiores exemplos.

À minha irmã, por me ajudar, do seu jeito, nos momentos difíceis, dando-me a certeza de que sempre que precisarmos teremos uma à outra.

Às minhas amigas-irmãs, Joy – minha eterna dupla – e Lulis – minha “filhinha” – agradeço pelos momentos inesquecíveis que passamos durante o tempo em que caminhamos juntas e pelos muitos que com certeza ainda teremos.

À Ana Laura e Carla, por me acolherem tão carinhosamente durante o período do internato e por me ajudarem nos percalços do TCC. Meninas, a amizade de vocês foi uma das melhores surpresas desse fim de faculdade!

Aos meus amigos queridos e trapalhões por serem exatamente assim como são, especialmente ao Ralph. Sua amizade, carinho e paciência me fazem querer ser a cada dia uma pessoa melhor.

Agradeço ao Dr. Charles por ter aceitado prontamente me orientar e pelo auxílio na etapa de aprovação do projeto pela Secretaria Municipal da Saúde.

Por fim, agradeço ao Dr. José Carlos, por ter acreditado nesse trabalho, pela grande ajuda durante a reta final, e por me mostrar, através de seus ensinamentos na convivência do dia-a-dia, que os bons médicos não estão apenas nos hospitais.

RESUMO

Introdução: O planejamento familiar compreende a adoção de alguma das formas de contracepção disponibilizadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS). O Dispositivo Intra-uterino (DIU) é um dos métodos com maior segurança e eficácia, mas apresenta baixa prevalência no Brasil (1.5%).

Objetivo: Definir o perfil epidemiológico das pacientes que inseriram DIU no Centro de Saúde (CS) dos Ingleses.

Método: Realizou-se um estudo transversal e observacional, com uma amostra de 100 pacientes cuja inserção se deu entre julho de 2005 e janeiro de 2009. Foi realizado um questionário estruturado aplicado pelo entrevistador. Os dados foram analisados através do programa SPSS versão 12. Para significância estatística considerou-se o IC95%.

Resultados: Não houve diferença significativa na associação entre as variáveis sócio-demográficas, resultados clínicos e intercorrências nesse estudo. A taxa de falha do método foi de 1%. As principais intercorrências foram dismenorréia (28%) e sangramento abundante (25%). A taxa de retirada do DIU foi de 27.3%, sendo que 88.9% dessas pacientes interromperam o uso por complicações – deslocamento/expulsão e sangramento intenso associado à dismenorréia. Estar casada apresentou um fator protetor de 5.88 vezes para complicações em relação a não estar casada (p 0.030). Acima de 36 anos, a chance de intercorrências foi 4.38 vezes menor comparado às pacientes com 19 a 26 anos (p 0.025). As pacientes com intercorrências tiveram quase 5 vezes menos chance de ficarem satisfeitas (p 0.013). Houve baixa participação nos grupos de planejamento familiar (28%), embora as pacientes considerem ótimas as informações recebidas.

Conclusão: O DIU confirmou-se um método eficaz e seguro na atenção primária, devendo ter seu uso estimulado pelos profissionais da saúde.

ABSTRACT

Background: Family planning includes the adoption of any means of contraception provided from Health National System. The Intrauterine Device (IUD) is one of the methods with greater safety and efficacy, but has low prevalence in Brazil (1.5%).

Objective: To define the epidemiological profile of patients who had an IUD inserted in the Health Center (HC) of Ingleses.

Method: It was performed a cross-sectional and observational study with a sample of 100 patients whose insertion occurred between July 2005 and January 2009. It was make a structured questionnaire administered by the interviewer. Data were analyzed using the program SPSS version 12. For statistical significance, we considered the 95%CI.

Results: No significant difference was finding in the association between socio-demographic variables, clinical results and complications in this study. The rate of failure of the method was 1%. The main complications were dysmenorrhea (28%) and abundant bleeding (25%). The rate of IUD removal was 27.3%, and 88.9% of these patients discontinued its use because of displacement/expulsion and intense bleeding associated with dysmenorrhea. The fact of being married had a protective factor for complications of 5.88 times comparing to not being married (p 0.030). Over 36 years, the chance of complications was 4.38 times lower than the chance of patients between 19 and 26 years (p 0.025). The patients with complications had almost 5 times less chance of being satisfied (p 0.013). Low participation in family planning groups was finding, while patients consider optimal the information they received from their doctors.

Conclusion: IUD confirmed to be an efficient and safe method in primary care, its use should be encouraged by health professionals.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Dispositivo intra-uterino de cobre.....	5
Figura 2 – As hastes do DIU são colocadas no tubo de inserção.....	6
Figura 3 – As hastes do DIU são liberadas.....	6
Figura 4 – Métodos contraceptivos utilizados previamente pelas pacientes.....	16
Figura 5 – Método anticoncepcional prévio: tempo de uso.....	18
Figura 6 – Comorbidades apresentadas pelas pacientes.....	18
Figura 7 – Prevalência de pacientes com e sem efeitos colaterais.....	19
Figura 8 – Prevalência de pacientes com e sem complicações.....	19
Figura 9 – Prevalência das intercorrências entre pacientes que retiraram e que permaneceram com o DIU.....	20
Figura 10 – Motivos de descontinuidade do DIU.....	21
Figura 11 – Motivo da escolha do DIU como método anticoncepcional.....	21
Figura 12 – Histerometria das pacientes submetidas à inserção de DIU.....	22
Figura 13 – Número de consultas para revisão do DIU.....	23

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Métodos contraceptivos disponíveis nos CS de Florianópolis.....	2
Tabela 2 – Material para inserção de DIU.....	5
Tabela 3 – Incidência dos efeitos adversos ou complicações do DIU.....	7
Tabela 4 – Contra-indicações ao uso do DIU segundo a OMS.....	9
Tabela 5 – Perfil sócio-demográfico das pacientes submetidas à inserção de DIU.....	15
Tabela 6 – História ginecológico-obstétrica das pacientes submetidas à inserção de DIU.....	17
Tabela 7 – Permanência com o DIU x Intercorrências.....	20
Tabela 8 – DIU: variáveis relacionadas ao uso.....	22
Tabela 9 – Associação entre intercorrência e perfil sócio-demográfico das pacientes.....	24
Tabela 10 – Associação entre intercorrência e variáveis relacionadas ao DIU.....	25
Tabela 11 – Associação entre DIP, parceiro fixo, tempo com o DIU e estado civil.....	25
Tabela 12 – Associação de sangramento e uso prévio de hormônio.....	26
Tabela 13 – Associação entre dismenorréia e uso prévio de hormônio.....	26
Tabela 14 – Associação entre nível sócio-econômico e insatisfação com o DIU.....	27

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
AINE	Anti-inflamatório não-esteroidal
CEPSH	Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos
CS	Centro de Saúde
DIP	Doença Inflamatória Pélvica
DIU	Dispositivo Intra-uterino
DST	Doença Sexualmente Transmissível
Hmt	Histerometria
MAC	Método Anticoncepcional
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
PAISM	Política de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PNDS	Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher
PSF	Programa Saúde da Família
SMS	Secretaria Municipal da Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UNIFESP	Universidade Federal de São Paulo

SUMÁRIO

FALSA FOLHA DE ROSTO.....	i
FOLHA DE ROSTO.....	ii
AGRADECIMENTOS.....	iii
RESUMO.....	iv
<i>ABSTRACT</i>.....	v
LISTA DE FIGURAS.....	vi
LISTA DE TABELAS.....	vii
LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS.....	viii
SUMÁRIO.....	ix
1 INTRODUÇÃO.....	1
2 OBJETIVOS.....	10
2.1 Objetivo geral.....	10
2.2 Objetivos específicos.....	10
2.3 Formulação de perguntas a serem respondidas.....	10
3 MÉTODOS.....	11
3.1 Desenho do estudo.....	11
3.1.1 Critérios de inclusão.....	11
3.2 Coleta de dados.....	11
3.2.1 Questionário.....	11
3.2.2 Trabalho de campo.....	12
3.2.3 Estudo-piloto.....	13
3.3 Processamento de dados.....	13
3.4 Análise estatística.....	13
3.5 Aspectos éticos.....	13
4 RESULTADOS.....	15
5 DISCUSSÃO.....	28
6 CONCLUSÃO.....	36

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	37
NORMAS ADOTADAS.....	40
ANEXO I.....	41
APÊNDICES.....	43
Parecer consubstanciado – CEPSH.....	44
Ficha de avaliação.....	45

1 INTRODUÇÃO

O planejamento familiar constitui um aspecto importante da assistência à saúde, indo muito além da simples elaboração de políticas públicas voltadas para o tema. No mundo inteiro, governos investem em medidas com o intuito de legitimar e garantir os direitos reprodutivos da população. Entende-se por direitos reprodutivos a livre decisão sobre as questões referentes à reprodução e o acesso às informações e recursos para o exercício responsável desse direito.

Nesse contexto, o planejamento familiar encontra-se interligado aos direitos reprodutivos, uma vez que visa garantir às mulheres e aos homens direitos iguais de constituição, limitação ou aumento da prole, conforme consagrado pelas Nações Unidas e previsto na Constituição Brasileira.

O planejamento familiar está inserido nas ações da Política de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) preconizada pelo Ministério da Saúde (MS), desde 1984, sendo regulamentado em 1996 com a aprovação da Lei do Planejamento Familiar. Essa lei determina como competência do Sistema Único de Saúde (SUS) em todos os seus níveis de complexidade a assistência à concepção e contracepção aos indivíduos, informando sobre as opções para ambas e destacando a oferta dos métodos anticoncepcionais autorizados e disponíveis no Brasil como parte das ações que compõem o atendimento à saúde reprodutiva.¹ No município de Florianópolis, a aquisição e distribuição dos métodos contraceptivos aos CS é feita pela Prefeitura Municipal de Florianópolis, através da Secretaria Municipal de Saúde. A Tabela 1 traz a relação dos métodos anticoncepcionais disponibilizados à população.

Os serviços de planejamento familiar são implementados no nível municipal, nos centros de saúde ou pelas equipes do Programa Saúde da Família (PSF)² sob a forma de atividades educativas que têm, por objetivo, oferecer à população os conhecimentos necessários para a escolha e posterior utilização do método contraceptivo mais adequado, assim como propiciar o questionamento e reflexão sobre os temas relacionados com a prática da anticoncepção, inclusive a sexualidade. Essas atividades devem ser preferencialmente realizadas em grupo e reforçadas posteriormente em ações educativas individuais, sempre pautadas no princípio da paternidade responsável e no direito de livre escolha de homens e mulheres.¹

Tabela 1 - Métodos contraceptivos disponíveis nos CS de Florianópolis**Anticoncepcionais orais combinados**

Levonorgestrel 0,15mg + Etinilestradiol 0,03mg

Gestodeno 0,075mg + Etinilestradiol 0,03mg

Anticoncepcional oral progestogênico

Noretisterona 0,35mg

Anticoncepcional injetável combinado

Enantato de noretisterona 50mg + Valerato de estradiol 5mg

Acetonido de algestona 150mg + Enantato de estradiol 10mg

Anticoncepcional injetável progestogênico

Acetato de medroxiprogesterona 150mg/mL

Anticoncepção de emergência

Levonorgestrel 0,75mg

Condom Masculino

Adolescente

Adulto

Adulto extra-grande

Diafragmas

número 60

número 65

número 70

número 75

número 80

DIU

TCu380A

Laqueadura Tubária***Vasectomia***

* Realizados através de encaminhamento a níveis superiores de atenção

FONTE: Secretaria Municipal da Saúde de Florianópolis, 2009

Entre as diversas possibilidades de contracepção disponibilizadas pelo MS aos serviços de atenção primária do SUS encontra-se o Dispositivo Intra-uterino (DIU), não havendo necessidade de encaminhamento das pacientes a outros níveis superiores de complexidade para a inserção, visto que essa pode ser realizada pelos médicos de família previamente capacitados.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) estabelece que, como pré-requisito para realizar a inserção do DIU, os profissionais da saúde devem inserir pelo menos 10 dispositivos sob supervisão direta e atualizar seus conhecimentos e habilidades na área de saúde da mulher.³ No município de Florianópolis, recentemente foi implementado o programa de matriciamento que consiste na troca de experiências entre algumas especialidades e os médicos de família. Esses especialistas, como ginecologistas, psiquiatras, dermatologistas, entre outros, destinam parte de sua carga horária para percorrer os CS e, de acordo com a realidade e demanda locais, promover essa troca de conhecimento, sendo essa uma importante oportunidade para o treinamento na inserção de DIUs. Contudo, como não há uma

homogeneidade nas ações entre as regionais de saúde, esse tipo de treinamento acaba por depender do interesse individual de cada profissional. A grande maioria dos médicos de família que estão habilitados a inserirem os DIUs tiveram seu aprendizado em outros serviços de saúde e de formação.

O DIU é um dos métodos contraceptivos mais utilizados na atualidade. Seu alto uso se deve ao fato desse ser altamente eficaz e seguro na prevenção da gravidez, ter um tempo de ação muito superior quando comparado aos outros métodos para contracepção, possibilitar imediato retorno da fecundidade após sua retirada e apresentar poucos efeitos colaterais. Além disso, devido à sua longa efetividade, seu custo para o sistema de saúde é menor do que o de qualquer outro método contraceptivo.⁴ No mundo todo, mais de 150 milhões de mulheres em idade reprodutiva fazem uso do DIU para controle de fertilidade, tendo alta prevalência em países em desenvolvimento como a China (30%)^{5, 6} e o Irã (8,5%).^{7, 8} Já na Europa Ocidental, essas taxas variam de 7 a 19%.

No Brasil, o Ministério da Saúde desenvolve periodicamente a Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (PNDS). Esse projeto tem como objetivo prover dados e análises a fim de verificar os avanços ocorridos no país na última década nas áreas de saúde da mulher e da criança. Segundo dados da PNDS, realizada pela última vez no ano de 2006, o DIU permanece com baixa prevalência de uso (1,5%) quando comparado com outras formas de contracepção como os anticoncepcionais orais (25%), sendo que a esterilização permanente (laquedura tubária) ainda permanece como o método mais frequentemente utilizado (29%).⁹

Evidências científicas recentes comprovam a eficácia contraceptiva do DIU e demonstram que seu uso não aumenta o risco de infecções pélvicas ou infertilidade, fazendo cair por terra antigos paradigmas sobre seu uso, o que o classifica como um excelente método contraceptivo disponível, independente de paridade ou status marital.¹⁰

A inserção de um dispositivo na cérvix ou útero com o objetivo de evitar uma gravidez indesejada antecede a criação dos métodos hormonais. Os primeiros DIUs foram desenvolvidos ainda no século XIX na Alemanha como variantes dos pessários – dispositivos de uso vaginal que visam dar sustentação aos órgãos pélvicos da mulher – feitos em metal.¹¹ Grande parte desses dispositivos atravessavam toda a cérvix uterina, sendo associado ao seu uso altas taxas de infecção, o que os tornou pouco utilizados.

Durante as décadas seguintes, apesar da persistência de alguns dispositivos metálicos, a maioria dos DIUs que obteve algum sucesso era composta basicamente de uma estrutura em poliuretano revestida com sulfato de bário com o objetivo de torná-los visíveis ao exame

radiográfico. Com o advento da emancipação feminina e da contracepção oral na década de 60, o interesse nos dispositivos intra-uterinos cresceu, em parte, devido às preocupações relacionadas aos riscos à saúde e efeitos colaterais vinculados às pílulas de alta dosagem hormonal.

No ano de 1970, pesquisadores da Universidade Johns Hopkins desenvolveram o DIU de *Dalkon Shield* – um dispositivo plástico com pequenas protrusões nas extremidades com o fim de melhorar a aderência ao endométrio e reduzir o risco de expulsão – com uma taxa de falha inferior a 1%. O dispositivo foi retirado do mercado em 1975 a partir da constatação de associação desse à uma alta incidência de Doença Inflamatória Pélvica (DIP). Creditou-se à presença de seu fio multifilamentar a responsabilidade pela translocação bacteriana ao útero e tubas uterinas.¹² Atualmente, todos os DIUs disponíveis são feitos com fios monofilamentares e não havendo diferenças significativas quando comparados aos dispositivos sem fio em relação à incidência de infecção do trato genital.

O DIU pode ser encontrado sob três diferentes formas: DIUs de cobre, DIUs com liberação de progestágenos e DIUs inertes (não-medicados), sendo o último não mais utilizado. No SUS, o único DIU disponível para inserção é o TCu380A (de cobre). Como o enfoque do presente trabalho é avaliar as pacientes que inseriram DIU em um Centro de Saúde, dar-se-á ênfase apenas às particularidades desse tipo de dispositivo.

O DIU de cobre é formado por duas hastes cilíndricas de polietileno em forma de T parcialmente recobertas por fios de cobre (380 mm²) de modo a permitir que a superfície de cobre permaneça próxima ao fundo uterino.^{5, 7, 13} A estrutura de polietileno contém Sulfato de Bário, tornando o dispositivo radiopaco.¹² Na base do DIU encontra-se uma esfera plástica de 3mm de diâmetro acoplada a um fio monofilamentar de polietileno. (Figura 1)

O DIU de cobre pode ser inserido em qualquer período do ciclo menstrual após confirmada inexistência de gravidez, assim como sua inserção pode ser realizada no pós-parto imediato (primeiras 48 horas) e imediatamente após abortamento, uma vez que não haja evidência de infecção.

A principal vantagem desse dispositivo quando comparado aos demais DIUs é a ausência de hormônio, o que o torna uma opção segura para mulheres que experimentaram efeitos-colaterais ou com contra-indicação ao uso de hormônios.

O DIU de cobre é um espermicida funcional: seu efeito anticoncepcional está relacionado ao processo de oxidação uterina do cobre que, ao liberar seus íons, cria uma resposta inflamatória tipo corpo-estranho tanto celular quanto humoral no muco cervical, cavidade e tubas uterinas. Essa reação inibe a migração dos espermatozóides bem como a

motilidade e viabilidade dos óvulos nas das tubas uterinas, além de prevenir a formação do zigoto dentro dessas.^{10, 14} Após a retirada do dispositivo, o efeito contraceptivo é completamente revertido, com retorno da fertilidade.

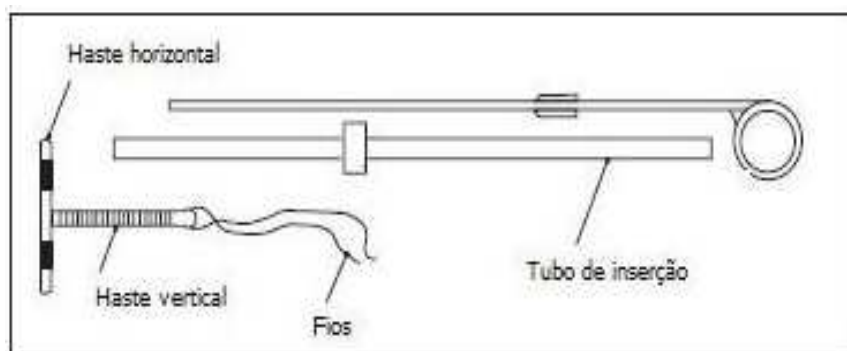


Figura 1 – Dispositivo Intra-uterino de cobre

A inserção do DIU pode ser realizada tanto a nível hospitalar como a nível ambulatorial. No Brasil, os serviços de saúde do SUS são os grandes responsáveis pelo provimento do DIU, sendo a inserção desse feita tanto por ginecologistas ou obstetras como por médicos de família e comunidade. É de fundamental importância que se realize um exame clínico cuidadoso e um exame ginecológico minucioso com o objetivo de excluir a presença de fatores que possam contra-indicar o uso do dispositivo.

A primeira medida a ser tomada pelo médico responsável pela inserção é certificar-se que todo o material necessário ao procedimento está disponível (Tabela 2). A seguir, procede-se ao toque bimanual não-estéril a fim de determinar a posição e as características do útero e a colocação do espelho com o intuito de obter visão direta do colo uterino.

Tabela 2 - Material para inserção de DIU

Pinça Pozzi
Compressas de gaze montadas embebidas em solução antisséptica
Tesoura de sutura longa
Especulo vaginal estéril
Luvas estéreis e não-estéreis
Embalagem estéril com DIU
Histerômetro

Inicia-se então a etapa estéril do procedimento com a anti-sepsia da cérvix e fôrnices vaginais adjacentes com solução anti-séptica (iodopovidona ou clorexidine), fundamental para minimizar o risco de contaminação ou infecção, sendo seguido pelo pinçamento da borda

superior do canal com uma pinça de Pozzi para estabilizar o colo uterino. Anestesia local com Lidocaína gel a 5% ou bloqueio paracervical podem ser realizados com a finalidade de reduzir o desconforto da estabilização cervical.

A medida da cavidade uterina (histerometria) deve ser feita com um histerômetro, evitando o contato com o canal vaginal ou espécule, sendo que para a inserção do DIU é necessário uma a histerometria entre 6 e 9 cm.

O dispositivo deve ser retirado estéril do invólucro e suas hastes colocadas no tubo de inserção (Figura 2). O comprimento do tubo deve ser ajustado de acordo com a medida da cavidade uterina e em seguida deve ser inserido até a marca que delimita a histerometria. O tubo de inserção deve ser puxado aproximadamente 2 cm para trás, assim as hastes podem retornar à forma original de “T”. (Figura 3)

O médico retira cuidadosamente o tubo e certifica-se que o dispositivo está fixo na cavidade uterina. Por fim, o fio que sai do orifício cervical externo deve ser cortado a uma distância de 3 cm da cérvix.¹²

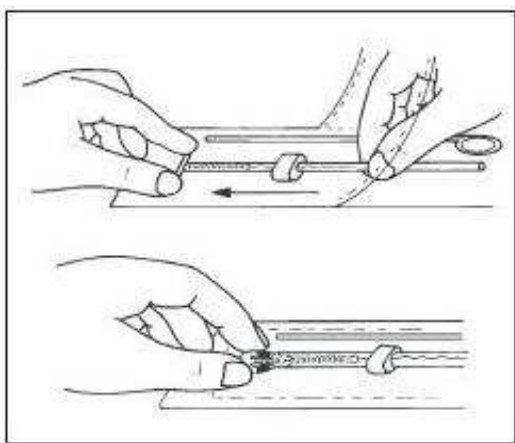


Figura 2 – As hastes do DIU são colocadas no tubo de inserção

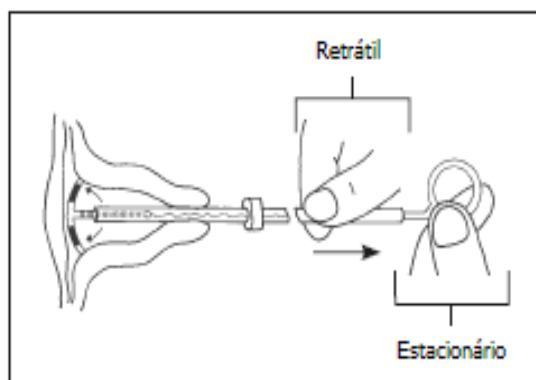


Figura 3 – As hastes do DIU são liberadas

O reflexo vasovagal ocorre em aproximadamente 1% das mulheres submetidas à manipulação cervical (Tabela 3), principalmente as que apresentam importante estenose do canal cervical. Esse tipo de reação apresenta-se na maioria das vezes de forma transitória, sendo facilmente manejadas com medidas de suporte. Na ocorrência de episódios mais severos, faz-se necessária a remoção do agente desencadeante (nesse caso o DIU ou a sonda uterina graduada).¹⁵

Tabela 3 - Incidência dos efeitos adversos ou complicações do DIU

Efeitos adversos	%
Dismenorréia ou Sangramento	25,9%
Deslocamento ou Expulsão	4,0-11,8%
Gestação	1,9-2,6%
Expulsão	2,3-10,0%
DIP	1,0-10,0%*
Perfuração	0,1%
Reflexo vasovagal (na inserção)	1,0%

* em 1000 mulheres-ano

Dados extraídos das referências 7, 16, 17, 22, 36, 37,

A prevalência de perfuração uterina relacionada ao DIU é de aproximadamente 1 caso a cada 1000 inserções¹⁶ e ocorre em sua maioria no momento da inserção do histerômetro para a medida da cavidade. Os primeiros 6 meses pós-parto apresentam as mais altas taxas de perfuração, uma vez que compreendem o período de maior atrofia uterina.¹⁷ Já a restrição da mobilidade uterina e, especialmente, a falta de experiência médica por ocasião da inserção aparecem na literatura como significantes fatores de risco, sendo que a lactação, por sua vez, não parece aumentar o risco de perfuração.¹⁵

Não se observa aumento significativo na incidência de DIP devido à presença do DIU,¹⁸ estando as elevadas taxas de infecção relacionadas aos processos de inserção, principalmente durante os 20 primeiros dias após o procedimento.¹⁹⁻²¹

As taxas de expulsão do dispositivo variam de 2,3 a 10%⁷ e ocorrem em sua maioria nos primeiros 3 meses após a inserção.¹⁷ Por esse motivo, a maioria dos clínicos recomenda um retorno em 4 a 6 semanas após o procedimento para revisão do mesmo e visualização dos fios do DIU.

O aumento do sangramento uterino (tanto hipermenorréia como metrorragia) e a dismenorréia são os principais efeitos colaterais associados ao DIU, sendo ambos importantes causas de interrupção precoce do método (remoção do DIU).^{7, 19} Esses sintomas podem ser minimizados com o uso de anti-inflamatórios não-esteroidais (AINEs) e anti-hemorrágicos, como o ácido tranexâmico.

O efeito contraceptivo a longo prazo do DIU apresenta-se como uma grande vantagem desse tipo de dispositivo. O tempo de permanência regulamentado pela OMS do TCU380A na cavidade uterina é de 10 anos a partir de sua inserção. Entretanto, o dispositivo possui eficácia comprovada por até 12 anos.^{16, 19}

A taxa de falha durante o primeiro ano de uso do DIU é de 0,5 a 0,8% e de 1,9 a 2,6% em 12 anos,⁷ o que torna sua eficácia comparável a da laqueadura tubária (1,8 por 100

mulheres em 10 anos).²² A idade da paciente é inversamente proporcional à taxa de falha do método, sendo significativamente menor nas mulheres com mais de 35 anos.⁵ Mulheres nulíparas também podem utilizar o DIU sem desenvolver qualquer prejuízo no que diz respeito à eficácia ou segurança do método em comparação às múltiparas.²³

O DIU de cobre se mostra uma excelente opção contraceptiva para pacientes que por algum motivo têm contra-indicado o uso dos anticoncepcionais hormonais (oral e injetável), uma vez que não apresenta interações com outros medicamentos e não necessita de metabolização hepática ou renal para sua excreção.

Evidências sugerem que os dispositivos que contêm cobre em sua estrutura estão associados a uma redução no risco de câncer de endométrio quando comparados a pacientes que nunca usaram DIU.²¹ O DIU tem seu uso formalmente indicado durante a amamentação por não interferir na quantidade ou qualidade do leite materno.

O DIU não aumenta o risco de infertilidade,^{24, 25} e após ser removido, proporciona à mulher imediato retorno da fecundidade, mesmo àquelas que necessitaram retirar o dispositivo por complicações ou efeitos colaterais inerentes ao método.²⁶

A OMS elaborou uma relação de critérios clínicos para os diversos métodos contraceptivos com o objetivo de melhorar o acesso e a qualidade da assistência no planejamento familiar, classificando a possibilidade de uso em categorias de 1 a 4, sendo que o uso do método está formalmente contra-indicado nas categorias 3 e 4.²⁷

A despeito da alta eficácia contraceptiva, a presença do DIU não previne doenças sexualmente transmissíveis (DSTs), sendo desaconselhado seu uso em pacientes que não tenham uma relação monogâmica estável, ou seja, apresentem elevado risco para DSTs. As demais contra-indicações segundo a classificação da OMS ao DIU encontram-se discriminadas na Tabela 4.

Apesar da infinidade de trabalhos sobre o uso do DIU e suas implicações, há poucos relatos sobre a experiência da utilização desse dispositivo no Brasil, especialmente no que diz respeito ao seguimento das pacientes submetidas à inserção nos serviços de atenção primária. Por essa razão, o presente estudo pretende analisar o perfil dessas pacientes em um Centro de Saúde (CS) de Florianópolis, bem como os motivos para o uso ou descontinuação do método, sua taxa de falha e relato dos efeitos colaterais que possam ocorrer a partir de seu uso.

Tabela 4 - Contra-indicações ao uso do DIU segundo a OMS

Categoria 3	Tempo > 48h ou < 4 semanas após o parto
	Doença trofoblástica gestacional benigna
	Câncer de ovário*
	AIDS (exceto se em terapia anti-retroviral e bem clinicamente)
	Risco aumentado para DSTs
Categoria 4	Gravidez
	Infecção puerperal
	Após aborto séptico
	Alterações anatômicas que distorcem a cavidade uterina
	Sangramento vaginal inexplicado (antes da investigação)*
	Doença trofoblástica gestacional maligna
	Câncer de colo uterino (aguardando tratamento)*
	Câncer de endométrio
	DIP atual ou nos últimos 3 meses (para continuar uso)*
	Tuberculose pélvica*
	DST atual ou nos últimos 3 meses, incluindo cervicite purulenta

* para início de uso

AIDS – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

FONTE: OMS, 2004

2 OBJETIVOS

1.1 Objetivo geral

Descrever o perfil epidemiológico das pacientes submetidas à inserção de DIU no Centro de Saúde dos Ingleses no período entre julho de 2005 a janeiro de 2009.

1.2 Objetivos específicos

- Determinar a taxa de falha (ocorrência de gestação) do referido método contraceptivo na população em estudo;
- Avaliar a incidência das possíveis complicações inerentes à inserção do DIU nos períodos pós-inserção e durante seguimento;
- Determinar a taxa de retirada do dispositivo intra-uterino e suas causas;
- Analisar a taxa de participação das pacientes nos grupos de planejamento familiar e de informação prévia sobre o DIU.

1.3 Formulação de perguntas a serem respondidas

De acordo com os objetivos (geral e específicos) apresentados pretende-se, com esse estudo, responder às seguintes perguntas:

- Qual o perfil das pacientes que são submetidas a inserção de DIU no CS dos Ingleses?
- Qual a taxa de falha do método entre essas pacientes?
- Quais são as complicações mais incidentes e quais são grupos mais suscetíveis?
- As pacientes foram anteriormente esclarecidas sobre o dispositivo intra-uterino?

3 MÉTODOS

3.1 Desenho do Estudo

O estudo se deu no município de Florianópolis, em um centro de saúde de atenção primária do norte da Ilha que atende as comunidades do bairro dos Ingleses e do Santinho. A escolha deste CS se deu pela representatividade populacional do norte da Ilha e por se tratar de um dos poucos que realizam inserção de DIU pelo médico de família no município.

A pesquisa se trata de um estudo de natureza transversal e observacional. Não foi realizada amostragem aleatória, sendo candidatas a participar do estudo todas as pacientes que foram submetidas à inserção do DIU, por livre demanda. Portanto, a população do estudo foi composta por pacientes do sexo feminino, em idade reprodutiva, que optaram pelo DIU como método contraceptivo e submetidas à inserção no CS dos Ingleses.

Como se trata de estudo de censo, sem amostragem, não foi calculado o tamanho amostral. Estimou-se uma taxa de perda de até 20% das pacientes por falha de seguimento, não concordância em participar do estudo ou mudança de endereço.

3.1.1 Critérios de inclusão

Foram utilizados como critérios de inclusão:

- Pacientes do sexo feminino, em idade reprodutiva;
- Ter sido inserido o DIU no CS dos Ingleses desde 2005.

Todas as pacientes que concordaram participar da pesquisa tomaram ciência do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, através qual explicitaram-se os objetivos da pesquisa, o sigilo dos dados e a possibilidade de não fazer mais parte da pesquisa a qualquer momento. As pacientes que desejaram participar firmaram por escrito a concordância.

3.2 Coleta de dados

3.2.1 Questionário

A coleta dos dados das pacientes foi realizada por meio de um questionário estruturado previamente elaborado que foi aplicado pessoalmente pelos pesquisadores durante a entrevista (ANEXO I). O referido questionário aborda aspectos relevantes ao estudo como identificação, variáveis sócio-demográficas, antecedentes ginecológicos e obstétricos, variáveis clínicas (medicamentos em uso, comorbidades), dados referentes à inserção do DIU e seu seguimento, e complicações decorrentes desse procedimento. Para melhor entendimento das pacientes e padronização no registro dos dados, o questionário foi formulado com perguntas, em estilo informal e com linguagem clara e simples.

A fim de avaliar a reprodutibilidade do questionário, testou-se o mesmo previamente com um pequeno número de pessoas, as quais não fizeram parte do presente estudo.

3.2.2 Trabalho de campo

Todas as pacientes que foram submetidas à inserção do DIU nos últimos 3 anos foram relacionadas através de registro do Centro de Saúde dos Ingleses. As pacientes foram contatadas por telefone pelos pesquisadores, para agendamento da entrevista no CS, assim como as pacientes que optaram pela inserção de DIU em atendimento no serviço nos dias e horários em que os pesquisadores estiveram presentes foram pessoalmente convidadas a participar. No caso dos convites por telefone, para preservação do sigilo, o convite para a participação na pesquisa foi feito apenas para a pessoa diretamente envolvida quando atendia, não sendo fornecidas informações de qualquer tipo para outras pessoas, mesmo familiares, que atenderam ao telefone.

As mulheres-sujeitos da pesquisa que concordaram em participar e compareceram ao CS receberam informações, antes da entrevista, explicitando os objetivos e termos da pesquisa. As pacientes que desejaram participar do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e os pesquisadores aplicaram, em seguida, o questionário com a coleta dos dados referentes à pesquisa.

A variável histerometria foi o único dado da pesquisa coletado retrospectivamente, através da análise do relato médico da inserção do DIU no prontuário das pacientes que aceitaram participar do estudo.

Às pacientes que se encontraram impossibilitadas de comparecer à entrevista, o questionário foi aplicado pelos pesquisadores através de contato telefônico, seguindo os mesmos cuidados acima mencionados para preservação do sigilo. Foram consideradas como

perdas as pacientes não localizadas após 3 tentativas de contato telefônico, sendo uma delas fora do horário comercial (final de semana ou após 18 horas) e pelo menos uma tentativa de localização da paciente em seu domicílio pelos Agentes Comunitários de Saúde.

3.2.3 Estudo-piloto

O estudo-piloto teve como finalidade testar e estabelecer os parâmetros para a realização da pesquisa em condições reais. Utilizou-se uma pequena parcela da amostra (aproximadamente 10%) para a aplicação do questionário, registro e processamento dos dados.

3.3 Processamento de dados

A fase de processamento dos dados da pesquisa compreende a tradução, a digitação e a triagem dos dados previamente levantados.

A tradução diz respeito ao reparo de falhas que possam existir na etapa de coleta das informações, bem como identificação das respostas mais freqüentemente dadas às questões abertas para posterior registro em sistema informatizado.

A etapa de digitação dos dados foi feita no programa EPIDATA versão 3.1²⁸ por um único digitador, a fim de minimizar os erros decorrentes de digitação.

A triagem dos dados foi realizada juntamente com a digitação, para verificação e correção de erros grosseiros no registro dos dados e exclusão de respostas que não contemplassem os objetivos do estudo.

3.4 Análise estatística

A análise dos dados foi feita através do programa SPSS versão 12.²⁹ Para significância estatística considerou-se um erro tipo I menor do que 0.05 ($p < 0.05$).

3.5 Aspectos éticos

O trabalho foi realizado após sua aprovação pela Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis e pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina – número 371/08 (APÊNDICE I).

Uma vez que a presente pesquisa envolve seres humanos, esse estudo obedeceu as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos, regulamentadas pelo Conselho Nacional de Saúde.

Assim sendo, as pacientes foram informadas sobre os objetivos e metodologia do estudo, bem como tiveram esclarecidas as dúvidas que porventura apresentaram. Coube às pacientes a escolha de participar ou não, de modo que a desistência pôde ser feita a qualquer momento, sem que houvesse quaisquer prejuízos para a sua pessoa.

Ao aceitarem participar da pesquisa, as pacientes assinaram o Termo de Consentimento Esclarecido.

As informações coletadas foram mantidas em sigilo, ficando em posse dos pesquisadores.

4 RESULTADOS

O perfil sócio-demográfico das pacientes incluídas na pesquisa é apresentado na Tabela 5, perfazendo um total de 100 pacientes avaliadas. Durante o estudo, houve uma taxa de não resposta de aproximadamente 40% das pacientes candidatas a participar da pesquisa, (n = 170), principalmente devido à perda de seguimento das mesmas. Dentre as 70 pacientes que não fizeram parte do estudo, apenas 2 não concordaram em participar.

Tabela 5 - Perfil sócio-demográfico das pacientes submetidas à inserção de DIU. Florianópolis, 2009

Variável	N	%	IC 95%
Faixa etária			
19 a 26 anos	23	23,0	15,2 - 32,5
27 a 30 anos	29	29,0	20,4 - 38,9
31 a 36 anos	22	22,0	14,3 - 31,4
> 36 anos	26	26,0	17,7 - 35,7
Etnia			
Branca	81	81,0	71,9 - 88,2
Negra	1	1,0	0,0 - 5,4
Parda	18	18,0	11,0 - 16,9
Estado civil			
Casada ou uniao estável	86	86,0	77,6 - 92,1
Solteira	10	10,0	4,9 - 17,6
Divorciada	4	4,0	1,1 - 9,9
Tempo casamento ou união estável			
1 a 5 anos	29	33,3	23,6 - 44,3
> 5 a 15 anos	40	46,0	35,2 - 57,0
> 15 anos	18	20,7	12,7 - 30,7
Nível educacional			
Analfabeta	1	1,0	0,0 - 5,4
Ensino Fundamental Incompleto	12	12,0	6,4 - 20,0
Ensino Fundamental Completo	11	11,0	5,6 - 18,8
Ensino Médio Incompleto	8	8,0	3,5 - 15,2
Ensino Médio Completo	55	55,0	44,7 - 65
Ensino Superior Incompleto	4	4,0	1,10 - 9,90
Ensino Superior Completo	9	9,0	4,2 - 16,4
Nível sócio-econômico (em R\$)			
0 a 800	24	25,8	17,3 - 35,9
> 800 a 1200	25	26,9	18,2 - 37,1
> 1200 a 1800	21	22,6	14,6 - 32,4
> 1800	23	24,7	16,4 - 34,8

A faixa etária variou entre 19 e 48 anos, com uma média de 31.9 anos ($SD \pm 7.13$). A população do estudo constituiu-se em sua maioria de mulheres brancas (81%), casadas ou em união estável (86%) entre 5 e 15 anos (46%). Quando questionadas sobre o grau de escolaridade, 55% afirmaram ter completado o Ensino Médio, enquanto apenas 1 paciente não era alfabetizada (1%). A renda mensal familiar média foi de R\$ 1449,00 ($DP \pm 776$). A categoria mais prevalente foi a de 800 a 1200 reais com 26.9% das pacientes entrevistadas. Durante a pesquisa 7 pacientes não informaram a renda, sendo excluídas da variável Nível Sócio-Econômico.

A Tabela 6 representa a história gineco-obstétrica das pacientes avaliadas. A paridade variou entre 1 e 7 gestações, com média de 2,24 gestações prévias ($DP \pm 1.22$), ou seja, todas as mulheres entrevistadas que inseriram o DIU tiveram pelo menos uma gestação. A média de partos normais foi de 1.55 ($DP \pm 1.24$) e a de cesarianas 0.56 ($DP \pm 0.72$). O número de múltiparas foi de 64 pacientes. Chama a atenção o fato de 29% das pacientes não apresentarem história de nenhum parto normal. Das 225 gestações, 61,77% foram partos normais. Com relação aos abortamentos, 25% das pacientes referiram história prévia de pelo menos 1 episódio de aborto.

Ao questionar-se a vida sexual e reprodutiva das pacientes, 91% afirmaram ter parceiro sexual fixo, 16% faziam uso rotineiro de condom associado ao DIU e 92% relataram já ter utilizado algum método contraceptivo anteriormente à inserção do dispositivo. Entre as formas de contracepção (Figura 4), a prevalência dos métodos hormonais é notória: 76.1% da população em estudo relatou já haver utilizado contraceptivo hormonal. Dentre todos os métodos, os anticoncepcionais orais hormonais apresentaram a maior prevalência de uso prévio (67,4%), seguidos pelo condom (18,5%). Apenas 2 pacientes (2,2%) referiram usar o DIU como método contraceptivo previamente. A variação de tempo de uso do método anterior foi de 1 a 20 anos, com média de 6.77 anos ($DP \pm 4.23$) (Figura 5).

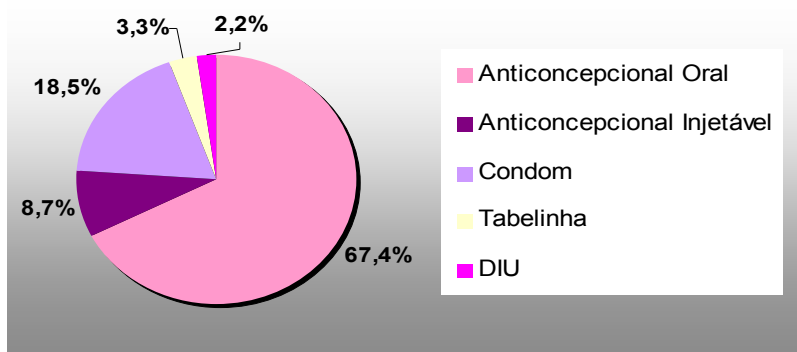


Figura 4 – Métodos contraceptivos utilizados previamente pelas pacientes

Tabela 6 - História ginecológico-obstétrica das pacientes submetidas à inserção de DIU

Variável	N	%	IC 95%
Número de gestações			
1	25	25,0	16,9 - 34,7
2	45	45,0	35,0 - 55,3
3	17	17,0	10,2 - 25,8
4	8	8,0	3,5 - 15,2
5	4	4,0	1,1 - 9,9
7	1	1,0	0,0 - 5,4
Número de partos normais			
0	29	29,0	20,4 - 38,9
1	26	26,0	17,7 - 35,7
2	31	31,0	22,1 - 41,0
3	8	8,0	3,5 - 15,2
4	4	4,0	1,10 - 9,9
5	1	1,0	0,0 - 5,4
6	1	1,0	0,0 - 5,4
Número de cesarianas			
0	56	56,0	45,7 - 65,9
1	33	33,0	23,9 - 43,1
2	10	10,0	4,9 - 17,6
3	1	1,0	0,0 - 5,4
Número de abortamentos			
0	75	75,0	65,3 - 83,1
1	22	22,0	14,3 - 31,4
2	2	2,0	0,2 - 7,0
3	1	1,0	0,0 - 5,4
História de DIP			
Sim	1	1,0	0,0 - 5,4
Não	99	99,0	94,6 - 100,0
Presença de comorbidades			
Sim	18	18,0	11,0 - 26,9
Não	82	82,0	73,1 - 89,0
Parceiro sexual fixo			
Sim	91	91,0	83,6 - 95,8
Não	9	9,0	4,2 - 16,4
Uso de preservativo			
Sim	16	16,0	9,4 - 24,7
Não	84	84,0	75,3 - 90,6
Uso de MAC* prévio			
Sim	92	92,0	84,8 - 96,5
Não	8	8,0	3,5 - 15,2

* MAC – Método anticoncepcional

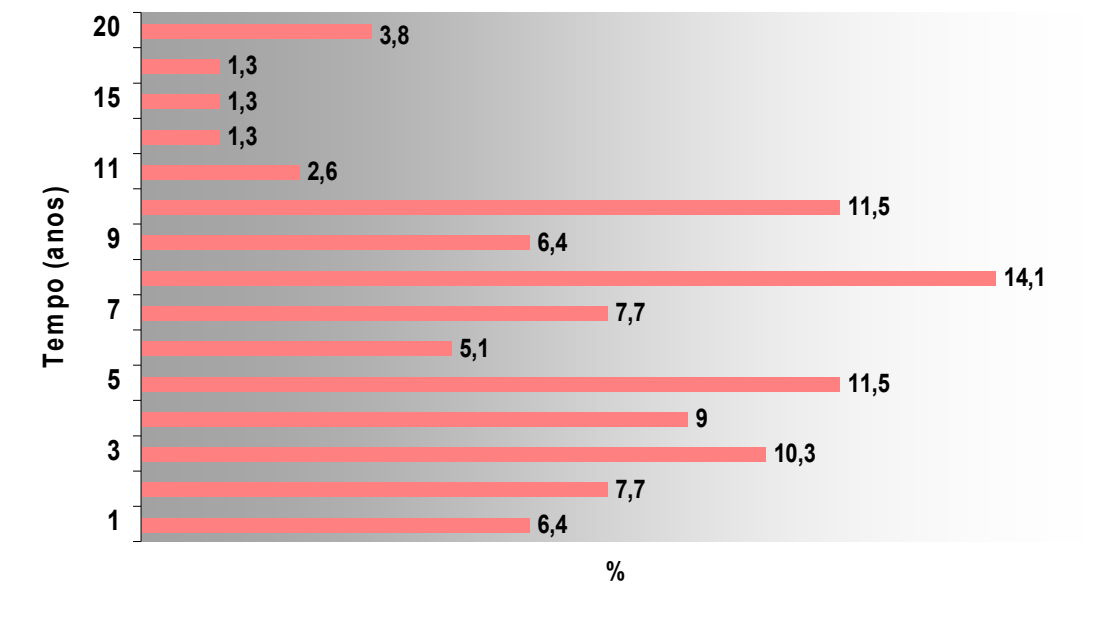


Figura 5 – Método anticoncepcional prévio: tempo de uso

Somente 1 paciente (1%) referiu história pregressa positiva para Doença Inflamatória Pélvica (DIP), e presença de comorbidades associadas foi relatada por 18% das pacientes. Entre essas, as mais prevalentes foram a Hipertensão Arterial Sistêmica (27.8%), a Epilepsia (16.7%) e o Hipotireoidismo (11.1%). As demais comorbidades encontram-se discriminadas na Figura 6.

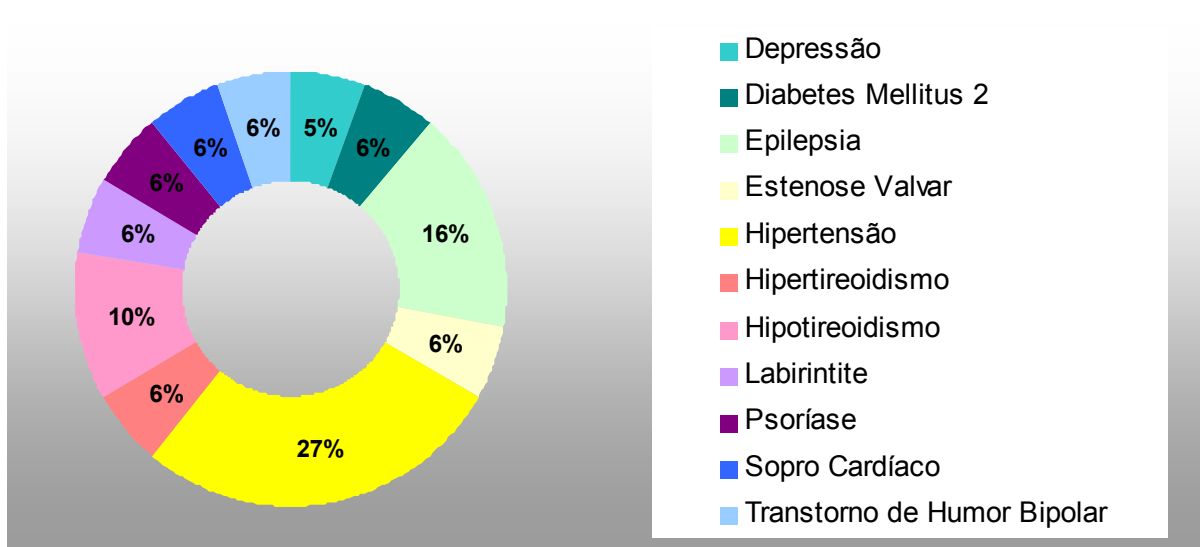


Figura 6 – Comorbidades apresentadas pelas pacientes

A ocorrência de eventos adversos ao uso e/ou inserção do DIU (efeitos colaterais e complicações) foi referida por 70.7% das pacientes entrevistadas, sendo que 65.3% das pacientes apresentaram efeitos colaterais (Figura 7) e 34.3% tiveram complicações (Figura 8).

A dismenorréia e o sangramento abundante apareceram como os efeitos colaterais mais freqüentes, com taxas de 40.4% e 37.4% respectivamente, e o aumento na quantidade de muco vaginal foi relatado por 32.3% das pacientes. Apesar das altas prevalências, a maioria das pacientes permaneceu com o DIU a despeito das queixas (Figura 9). Em relação às complicações decorrentes do método, não foi observado nenhum caso de perfuração uterina no presente estudo. Contudo, 3 pacientes (3%) evoluíram com DIP no período de até 12 meses de seguimento da inserção do DIU (1, 4 e 5 meses respectivamente), sendo todas casadas e com parceiro sexual fixo. A expulsão do DIU ocorreu em 5 pacientes (5.1%), com 1 expulsão de dispositivo ainda no consultório. Houve apenas 1 gestação em uso do DIU, perfazendo uma incidência de 1% sobre a população do estudo (Tabela 7).

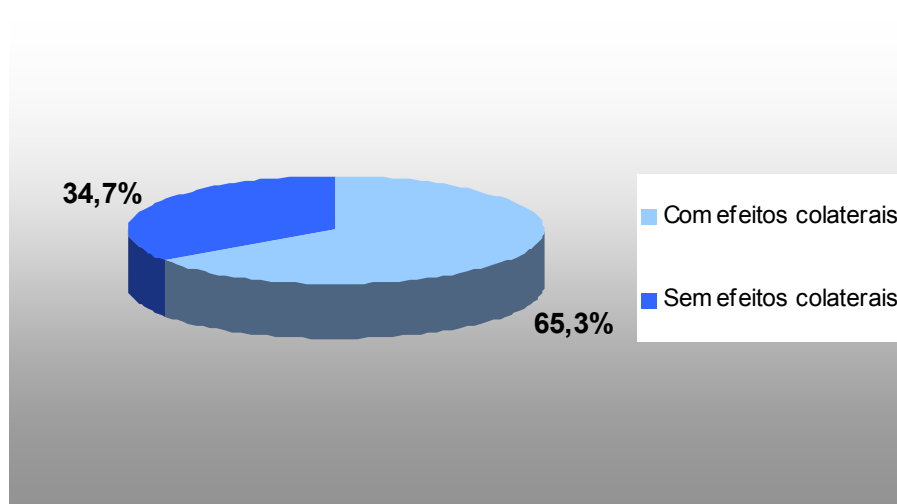


Figura 7 – Prevalência de pacientes com e sem efeitos colaterais

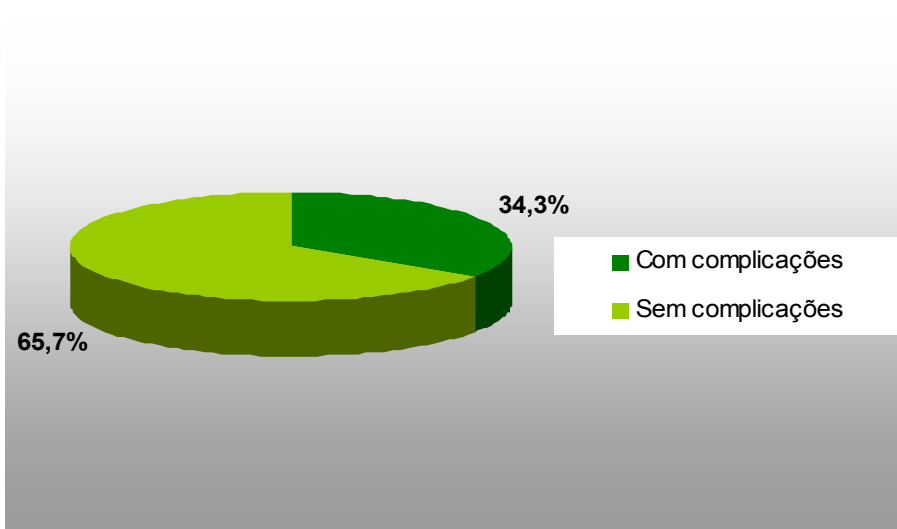


Figura 8 – Prevalência de pacientes com e sem complicações

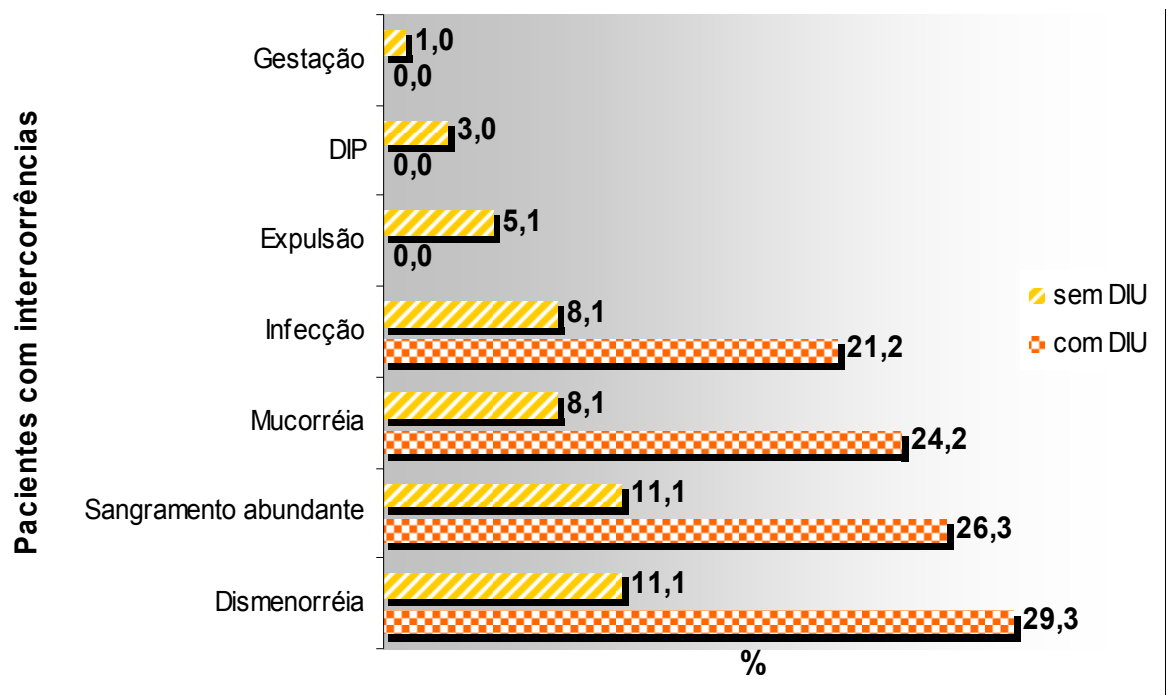


Figura 9 – Prevalência das intercorrências entre pacientes que retiraram e que permaneceram com o DIU

Tabela 7 – Permanência com o DIU x Intercorrências

Pacientes com intercorrências	com DIU		sem DIU		Total	
	N	%	N	%	N	%
Efeitos colaterais (N=98)	47	48,0	17	17,3	64	65,3
Dismenorréia	29	29,3	11	11,1	40	40,4
Sangramento abundante	26	26,3	11	11,1	37	37,4
Mucorréia	24	24,2	8	8,1	32	32,3
Sem efeitos colaterais	25	25,5	9	9,2	34	34,7
Complicações (N=99)	21	21,2	13	13,1	34	34,3
Infecção	21	21,2	8	7,1	29	29,3
Expulsão	0	0,0	5	5,1	5	5,1
DIP	0	0,0	3	3	3	3,0
Gestação	0	0,0	1	1	1	1,0
Sem complicações	51	51,6	14	14,1	65	65,7

Das 100 pacientes submetidas à inserção de DIU que participaram da pesquisa, 27.3% não utilizavam mais o dispositivo na época da entrevista, seja devido às intercorrências inerentes ao método (88.9%), seja pelo desejo de engravidar (7.4%), ou mesmo pela opção por outro método contraceptivo (3.7%) (Figura 10).

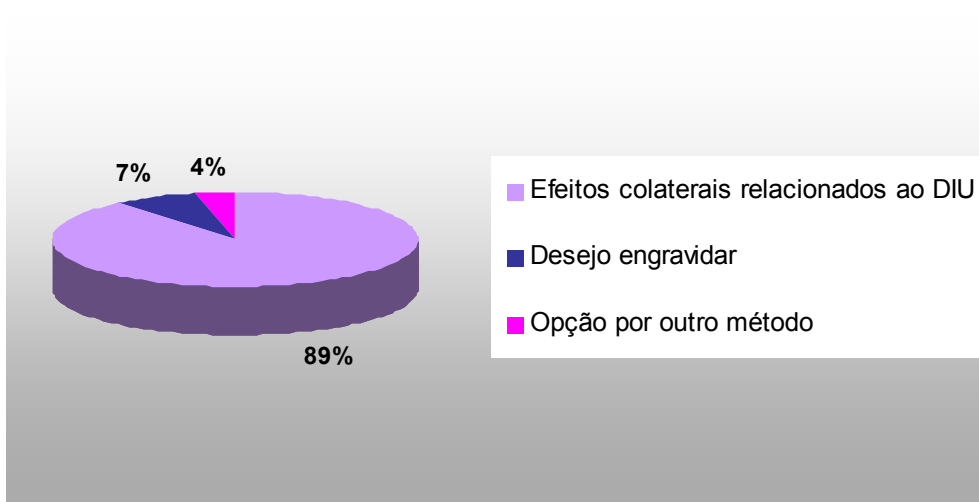


Figura 10 – Motivos de descontinuidade do DIU

A Tabela 8 apresenta as variáveis analisadas referentes à inserção e seguimento do DIU. O tempo de uso do dispositivo variou entre 0 e 45 meses, com tempo médio de 17.44 meses ($DP \pm 13.87$). Os motivos que levaram as pacientes a optar pelo uso do DIU foram categorizados em: relacionado ao método anticoncepcional hormonal, relacionado ao DIU e indicação médica (Figura 11). Entre esses, a contracepção hormonal foi o fator mais relacionado à procura pelo dispositivo, sendo citado por 59% das mulheres pesquisadas.

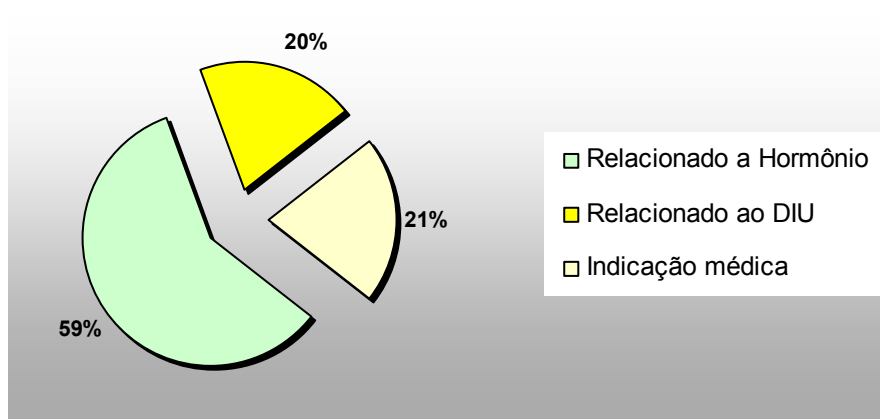
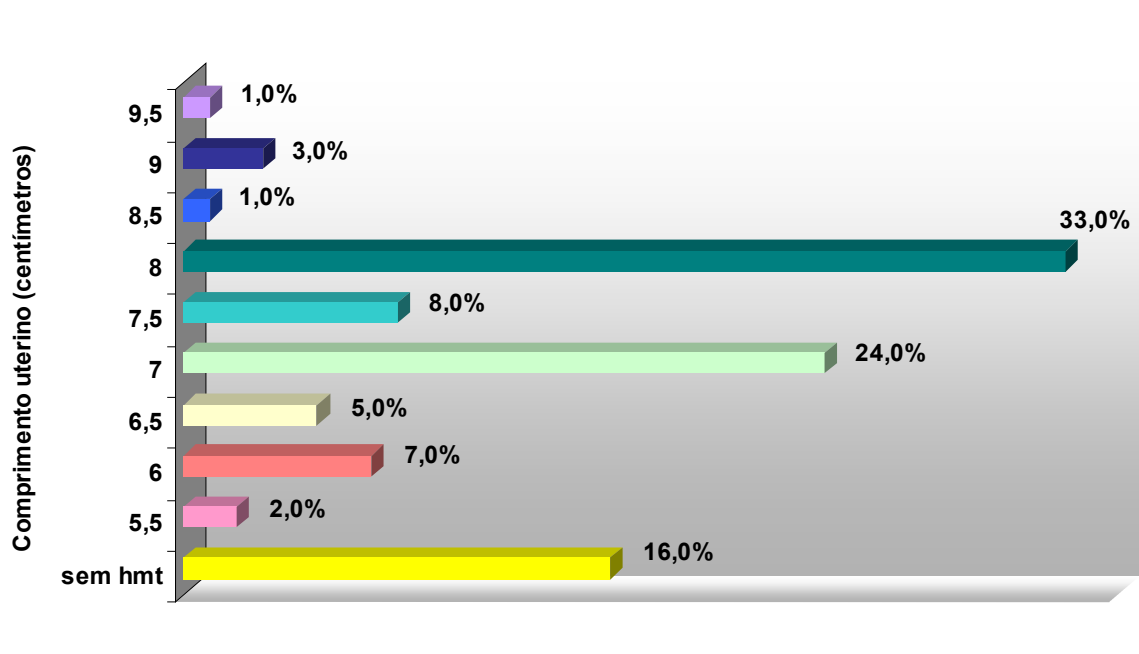


Figura 11 – Motivo de escolha do DIU como método anticoncepcional

As histerometrias (Figura 12) variaram entre 5.5 e 9.5 centímetros, com média de 7.41 centímetros ($DP \pm 0.81$), sendo que 16 pacientes (16%) não apresentavam esse dado em seus prontuários. A média do número de consultas para revisão do DIU foi de 1.53 consultas ($DP \pm 1.45$), sendo que 39.4% das pacientes realizaram apenas 1 consulta e 22.2% afirmaram não ter retornado ao médico para a revisão do dispositivo, como pode ser observado na Figura 13.

Tabela 8 - DIU: variáveis relacionadas ao uso

Variável	N	%	IC 95%
Tempo de uso			
0 a 3 meses	21	21,0	13,5 - 30,3
>3 a 12 meses	29	29,0	20,4 - 38,9
>12 meses	50	50,0	39,8 - 60,2
Intercorrências			
Sim	70	70,7	60,7 - 79,4
Não	29	29,3	20,6 - 39,3
Segurança			
Sim	86	86,9	78,6 - 92,8
Não	13	13,1	7,2 - 21,4
Permanece com DIU			
Sim	72	72,7	62,9 - 81,2
Não	27	27,3	18,8 - 37,1
Satisfação			
Sim	78	78,8	69,4 - 86,4
Não	21	21,2	13,6 - 30,6
Informação satisfatória sobre o DIU			
Sim	97	98,0	92,9 - 99,8
Não	2	2,0	0,2 - 7,1
Grupo de Planejamento Familiar			
Sim	26	26,7	17,9 - 36,1
Não	73	73,7	63,9 - 82,10

**Figura 12 – Histerometria das pacientes submetidas à inserção de DIU**

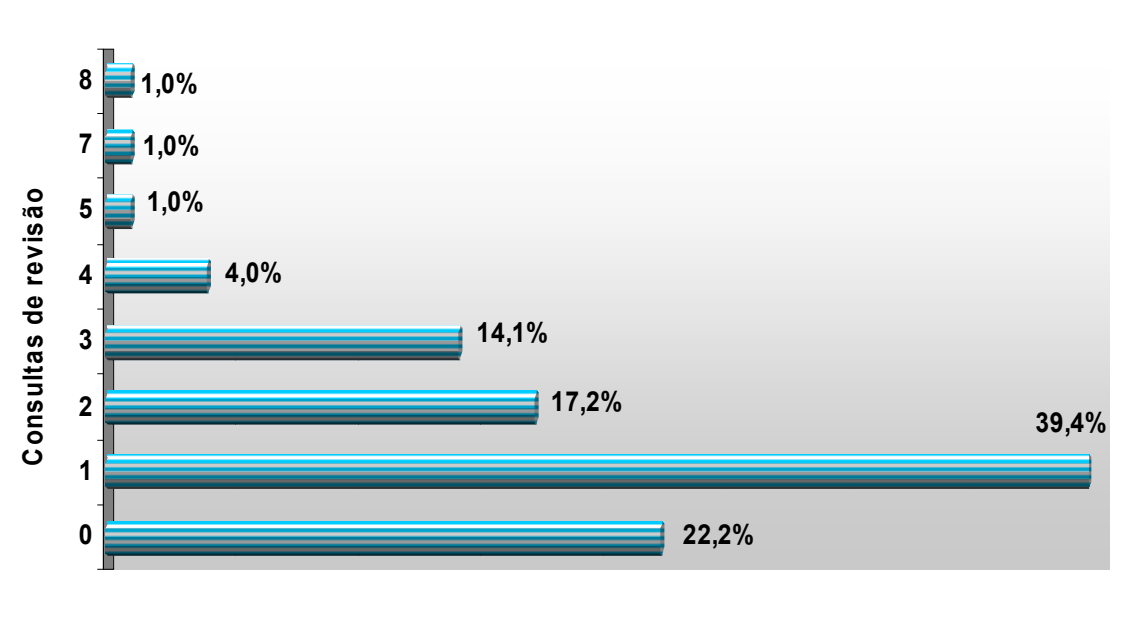


Figura 13 – Número de consultas para revisão do DIU

A participação nos grupos de planejamento familiar nos Centros de Saúde foi de 26.7% entre as entrevistadas. Apesar da baixa adesão ao grupo, 98% das pacientes afirmaram que receberam ótimo esclarecimento sobre o DIU e outros métodos contraceptivos por parte dos médicos que inseriram o dispositivo. Com relação ao próprio método contraceptivo, 86.9% consideraram o DIU seguro e 78.8% disseram estar satisfeitas com o método.

Para fins práticos de cálculo estatístico, consideraremos a variável intercorrência como o somatório do valor das variáveis complicações e efeitos colaterais.

A tabela 9 mostra a associação da presença ou não de intercorrência com o perfil sócio-demográfico das pacientes estudadas. Dentre as mulheres casadas ou em união estável 67.4% apresentaram intercorrências enquanto as pacientes solteiras ou divorciadas tiveram complicações em 92.3%, ou seja, estar casada apresenta um fator protetor de 5,88 vezes para efeitos adversos em relação a não estar casada (OR 0.17), sendo esse fator estatisticamente significativo (p 0.030). A partir de 30 anos, quanto maior a faixa etária, menor a chance de intercorrências, sendo significativo acima de 36 anos, onde houve uma chance 4.38 vezes menor de cursar com complicações em relação às pacientes na faixa entre 19 a 26 anos (p 0.025). Quando avaliada a variável faixa etária sem estratificação, encontramos um OR de 2.33 com p 0.043, ou seja, esta variável em análise univariada parece apresentar associação significativa com intercorrência no uso do DIU. Quando relacionada à etnia, não houve diferença significativa estatisticamente na intercorrência entre as pacientes.

Tabela 9 - Associação entre intercorrência e perfil sócio-demográfico das pacientes

Variável / Categorias	Intercorrência				Total		OR _{bruta} (IC 95%)	p
	sim		não					
	N	%	N	%	N	%		
Estado Civil								
Casada / União estável	58	67,4	28	32,6	86	87,8	1,00	
Não casada	12	92,3	1	7,7	13	13,1	0,17 (0,008-1,09)	0,030
Faixa Etária								
19 a 26 anos	19	82,6	4	17,4	23	23,5	1,00	-
>26 a 30 anos	24	82,8	5	17,2	29	29,6	0,99 (0,19-5,83)	0,988
>30 a 36 anos	14	63,6	8	36,4	22	22,4	2,71 (0,57-13,65)	0,150
> 36 anos	13	52,0	12	48,0	25	25,5	4,38 (0,99-20,88)	0,025
							2,33 (1,03-5,90)	0,043
Etnia								
Branca	53	66,3	27	33,8	80	81,6	1,00	
Negra	1	100,0	0	0,0	1	1,0	---	---
Parda	16	88,9	2	11,1	18	18,4	0,23 (0,03-1,14)	0,082
Nível Sócio-econômico								
até 800	15	65,2	8	34,8	23	23,5	1,00	-
>800 até 1200	18	72,0	7	28,0	25	25,5	0,73 (0,18-2,92)	0,612
>1200 a 1800	14	66,7	7	33,3	21	21,4	0,94 (0,22-3,90)	0,919
>1800	16	69,6	7	30,4	23	23,5	0,82 (0,20-3,34)	0,753
							0,82 (0,38-1,79)	0,726

Ao relacionar a variável intercorrência com as variáveis satisfação, segurança e permanência do DIU (Tabela 10), observou-se que, entre as pacientes insatisfeitas com o método, 90% dessas apresentaram efeitos colaterais, tendo aproximadamente 5 vezes menos chance de ficarem satisfeitas (OR 0.21 e p 0.013). A taxa de insegurança nas pacientes que apresentaram efeitos adversos também foi maior (84.6%) do que as demais (15.4%), com uma chance quase 2.5 vezes menor de se sentirem seguras (OR 0.41), embora esse dado não tenha significância estatística (p 0.140). A retirada do DIU também foi maior nas pacientes que cursaram com intercorrência (OR 0.93), não apresentando igualmente significância estatística (p 0.886). Houve uma tendência à redução dos efeitos colaterais entre 3 meses a 1 ano de uso do DIU, com aumento após esse tempo, não sendo também estatisticamente significativa.

A Tabela 11 representa a associação entre DIP e as variáveis parceiro fixo, tempo com o DIU e estado civil. A chance de as pacientes apresentarem DIP no período entre 3 e 12 meses pós-inserção foi cerca de 2.5 vezes maior em comparação aos primeiros 3 meses de uso do método (OR 2.53), porém sem significância estatística. Ao analisar a variável tempo com o DIU sem estratificação, a mesma parece ter relação com o aparecimento de DIP (OR 4.74) sem ser, contudo, estatisticamente significativa (p 0.369). A análise da associação entre as

variáveis DIP e parceiro fixo, assim como entre DIP e estado civil não pôde realizada devido ao pequeno número de casos de DIP relatados no presente estudo (n = 3).

Tabela 10 - Associação entre intercorrência e variáveis relacionadas ao DIU

Tabela 16 - Associação entre Intercorrência e Variáveis Relacionadas ao DIU									
Variável / Categorias	Intercorrência				Total		OR _{bruta} (IC 95%)		p
	sim		Não						
	N	%	N	%	N	%			
Satisfação									
Sim	51	66,2	26	33,8	77	78,6	1,00		0,013
Não	19	90,5	2	9,5	21	21,4	0,21	(0,04-0,95)	
Revisão									
Sim	55	71,4	22	28,6	77	78,6	1,00		0,380
Não	15	68,2	7	31,8	22	22,4	1,16	(0,41-3,24)	
Segurança									
Sim	59	69,4	26	30,6	85	86,7	1,00		0,140
Não	11	84,6	2	15,4	13	13,3	0,41	(0,08-1,99)	
Tempo de uso									
0 a 3 meses	16	76,2	5	23,8	21	21,4	1,00		0,608
>3 a 12 meses	23	82,1	5	17,9	28	28,6	0,70	(0,14-3,42)	
>12 meses	31	62,0	19	38,0	50	51,0	1,96	(0,55-7,34)	
							1,31	(0,50-3,43)	0,702
Permanece com DIU									
Sim	51	71,8	20	28,2	71	72,4	1,00		0,886
Não	11	84,6	2	15,4	13	13,3	0,93	(0,32-2,76)	

Tabela 11 - Associação entre DIP, parceiro fixo, tempo com o DIU e estado civil

Variável / Categorias	DIP				Total		OR _{bruta} (IC 95%)		p
	sim		não		N	%			
	N	%	N	%					
Parceiro fixo									
Sim	3	3,4	86	96,6	89	90,8	1,00		
Não	0	0,0	9	100,0	9	9,2	---	---	---
Tempo com o DIU									
0 a 3 meses	1	5,0	19	95,0	20	20,4	1,00		
>3 a 12 meses	2	2,0	96	98,0	98	100,0	2,53	(0,00-38,53)	0,443
>12 meses	0	0,0	50	100,0	50	51,0	---	---	---
							4,74	(0,40-47,16)	0,369
Estado civil									
Casada / União estável	3	3,6	81	96,4	84	85,7	1,00		
Não casada	0	0,0	14	100,0	14	14,3	---	---	---

Ao avaliar a variável uso prévio de anticoncepcional hormonal em comparação com a ocorrência de sangramento abundante, nota-se que as pacientes que utilizaram previamente

hormônio possuem uma chance 1.29 vezes maior de apresentar sangramento intenso quando comparadas com as entrevistadas não que fizeram uso do referido método contraceptivo (OR 1.29). Esse dado não teve, no entanto, significância estatística ($p = 0.324$), como pode ser observado na Tabela 12. A associação entre o uso prévio de anticoncepção hormonal e a presença de dismenorréia, por sua vez, mostrou que a utilização desse método contraceptivo pelas pacientes aumenta 1.11 vezes a chance das mesmas apresentarem dismenorréia em relação àquelas que não usaram hormônio (OR 1.11), não sendo, porém, significativo estatisticamente (Tabela 13).

Tabela 12 - Associação de sangramento e uso prévio de hormônio

Tabela 12 – Associação de sangramento e uso prévio de hormônio								
Variável / Categorias	Sangramento				Total		OR _{bruta} (IC 95%)	p
	Sim		não					
	N	%	N	%	N	%		
Uso prévio hormônio								
Sim	27	39,1	42	60,9	69	70,4	1,00	
Não	7	33,3	14	66,7	21	23,3	1,29 (0,46-3,60)	0,324

Tabela 13 - Associação entre dismenorréia e uso prévio de hormônio

Variável / Categorias	Dismenorréia				Total		OR _{bruta} (IC 95%)	p
	sim		não					
	N	%	N	%	N	%		
Uso prévio hormônio								
Sim	28	40,6	41	59,4	69	70,4	1,00	
Não	8	38.1	13	61.9	21	23,3	1,11 (0.40-3.15)	0.425

Analisando conjuntamente as variáveis nível sócio-econômico e insatisfação com o DIU (Tabela 14), as pacientes com rendimentos mensais entre R\$800,00 e R\$ 1200,00 e R\$1200,00 e R\$1800,00 tiveram uma menor chance de relatar insatisfação com o método em comparação às mulheres com renda familiar inferior a R\$800,00 (OR 0.43 e 0.64 respectivamente), sem significância estatística ($p = 0.212$ e 0.550). Já as pacientes que referiram ganhos mensais acima de R\$1800,00 apresentaram uma tendência maior à insatisfação, tendo 2 vezes mais chance de ficarem insatisfeitas com o DIU, embora esses dados também não sejam estatisticamente significativos ($p = 0.446$). Ou seja, quanto maior o nível sócio-econômico maior a chance de insatisfação com o DIU, porém a associação não foi significativa.

Tabela 14 - Associação entre nível sócio-econômico e insatisfação com o DIU

Variável / Categorias	Insatisfação com o DIU				Total		OR _{bruta} (IC 95%)	p
	sim		não					
	N	%	N	%	N	%		
Nível Sócio-econômico								
até 800	4	16,7	20	83,3	24	24,5	1,00	
>800 até 1200	8	32,0	17	68,0	25	25,5	0,43 (0,09-1,96)	0,212
>1200 a 1800	5	23,8	16	76,2	21	21,4	0,64 (0,12-3,42)	0,550
>1800	2	9,1	20	90,9	22	22,4	2,00 (0,27-18,03)	0,446
							0,72 (0,28-1,81)	0,576

5 DISCUSSÃO

Entre as limitações do presente estudo encontra-se a taxa de não-resposta das pacientes bastante acima do esperado devido à perda de seguimento por não localização das mesmas. Essa perda parece não ter influência significativa nos resultados encontrados, porém prolongou o período de coleta das informações e limitou a análise de algumas variáveis secundárias por não haver um número amostral suficiente para os cálculos. Para a análise central do estudo como efeitos colaterais, taxa de falha e insatisfação das pacientes, não houve interferência dessa limitação nos resultados encontrados.

Durante a avaliação dos dados, 16 mulheres (16%) foram excluídas da variável histerometria por não possuírem nos prontuários essa informação. Esse foi o único dado secundário e a informação foi sub-registrada nos prontuários. Na análise da variável nível sócio-econômico, 7 pacientes (7%) não souberam informar sua renda familiar mensal, não participando assim, desses resultados. Outra dificuldade registrada pelos autores ao longo da pesquisa relaciona-se à indisponibilidade de trabalhos referentes ao uso do DIU em serviços de atenção primária, o que reforça a importância da atual pesquisa.

Como houve apenas um entrevistador, a concordância dos dados fica assegurada. Foi realizada uma etapa de pré-teste do questionário, onde se tomou o cuidado de utilizar outros participantes que não aqueles que fariam parte da aleatorização inicial, a fim de testar o grau de entendimento das questões abordadas. Não houve viés na seleção das pacientes durante o trabalho, visto que todas as pacientes que inseriram DIU no CS dos Ingleses que foram localizadas e que aceitaram participar das entrevistas foram incluídas como mulheres-sujeito nesse.

O perfil sócio-demográfico das pacientes que inseriram DIU encontrado durante a presente pesquisa constituiu-se de mulheres brancas (81%), com idade média de 31.9 anos, variando entre 19 a 48 anos, casadas ou em união estável (86%) por 5 a 15 anos (46%). Esses achados assemelham-se a alguns dos dados demográficos da população brasileira de acordo com censo realizado pelo IBGE em 2000, onde 53.7% da população é branca, sendo que, na região Sul, essa taxa é de 83.6%, e a faixa etária entre 25 e 59 anos corresponde a 41% da população total.³⁰

Os dados sobre escolaridade também se encontram de acordo com pesquisas similares, onde a prevalência foi de 8 ou mais anos de estudo, ou seja, no mínimo o ensino fundamental completo.^{9, 31} No presente estudo, a média de renda mensal foi de R\$1449,00, sendo bastante superior aos ganhos da população em geral, já que cerca de 45% da população possui rendimentos mensais entre $\frac{1}{2}$ e 2 salários mínimos (R\$230,00 a 930,00) segundo o IBGE.³⁰ Já no trabalho realizado na Unidade de Planejamento Familiar da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP),³¹ a renda familiar mensal média encontrada foi de 520 dólares (DP \pm 38).

Nesse mesmo estudo da UNIFESP, os autores sugerem que a maioria das pacientes já utilizou algum método contraceptivo previamente ao DIU, devido à relativa média de idade elevada encontrada em sua amostra.³¹ Na atual pesquisa 92% das mulheres afirmaram ter feito uso de algum método contraceptivo previamente à inserção do dispositivo, sendo que os anticoncepcionais orais hormonais apresentaram a maior taxa de uso prévio (67,4%), seguidos pelo condom (18,5%). Esses dados são consistentes com os resultados encontrados na pesquisa do PNDS, onde os contraceptivos orais hormonais (71,3%) e condom (70,6%) são os métodos anticoncepcionais mais utilizados previamente,⁹ podendo ser em parte explicado pela facilidade de aquisição e alta disponibilidade de ambos os métodos atualmente. Somente um estudo mostrou o DIU como método contraceptivo anterior prevalente (57,4%), com o anticoncepcional oral hormonal ocupando a segunda posição (29,1%), sendo o tamanho da amostra a única justificativa encontrada pelos autores para essa discordância.³²

Em nosso estudo, apenas 2 pacientes (2,2%) referiram ter utilizado o DIU como forma anticoncepção prévia. Esse dado diverge pouco dos números apresentados em 2006 pelo Ministério da Saúde sobre o perfil contraceptivo pregresso da população feminina, onde 4,5% das mulheres entrevistadas afirmavam já ter feito uso do método alguma vez confirmando, assim, o padrão divergente de anticoncepção no Brasil, onde a laqueadura tubária – um método de esterilização definitivo e com riscos cirúrgicos – detém altos índices de preferência juntamente com as pílulas anticoncepcionais. De acordo com outros resultados dessa mesma publicação, a prevalência do uso do DIU encontra-se em torno de 2%, sendo nas regiões Sul e Sudeste suas maiores taxas – 2,8 e 2,6% respectivamente – enquanto vem da região Norte do país o menor percentual de usuárias (0,5%).⁹

A subutilização do DIU no Brasil pode ser potencialmente justificada por equívocos na informação no que concerne ao mecanismo de ação – a crença de que esse método é abortivo – e aos riscos associados ao método – o mito de que DIP e perfuração são eventos comuns nas usuárias – bem como por questões sócio-culturais que freqüentemente se sobrepõem a esse quadro. A escolha dos métodos contraceptivos ainda hoje reflete as

distorções da oferta dos mesmos no país desde a década de 60, quando foi iniciada pelas entidades privadas de controle da natalidade, tendo como métodos quase exclusivos a pílula e a laqueadura tubária.¹ Observa-se também por parte da comunidade médica certa relutância em indicar o DIU às pacientes, herança da desastrosa experiência clínica com os primeiros dispositivos durante a década de 70.³³

As motivações relacionadas à procura pela inserção do DIU foram variadas, sendo classificadas de acordo com a queixa predominante em 3 grupos. Nota-se que a contracepção hormonal – tanto injetável quanto oral – foi o motivo mais relacionado à opção pela inserção do dispositivo. Entre as queixas mais frequentemente relacionadas ao método pode-se citar a extensa gama de efeitos colaterais provocados pelos estrógenos e progestágenos – como náuseas, vômitos, mal-estar gástrico, cefaléia, tonturas, cloasma, ganho ponderal, sangramento intermenstrual e amenorréia¹⁵ – bem como o esquecimento na tomada das injeções e comprimidos e o alto custo mensal dessas medicações no orçamento familiar.

Entre as pacientes que optaram pela inserção do dispositivo, as principais motivações relacionadas ao próprio DIU foram o alto grau de segurança e comodidade no uso, visto que uma vez inserido corretamente e com uma boa adaptação, esse método apresenta uma pequena taxa de falha, e não necessidade de manutenção diária.¹⁰ A ausência de custo para a obtenção e inserção do DIU também foi mencionada por essas pacientes, uma vez que o Sistema Único de Saúde (SUS) é responsável por prover gratuitamente esse dispositivo aos Centros de Saúde. No Brasil, aproximadamente 60% das usuárias de DIU relatam que adquiriram o dispositivo por meio de algum serviço de saúde do SUS,⁹ e na Turquia, estima-se que 90% das inserções sejam realizadas no serviço público, sendo 10% nos centros de atenção primária.^{15, 16}

A terceira motivação para o uso do DIU foi a indicação médica e deveu-se a três fatores principais: contra-indicação a outros métodos – tanto por risco de interação com medicações utilizadas quanto por existência de doenças prévias – tabagismo e, por último, melhor adaptação ao perfil da paciente.

Apesar de apenas 18% das pacientes apresentarem comorbidades associadas, é importante observar que a alta frequência de determinadas afecções como, por exemplo, a hipertensão arterial sistêmica e a epilepsia tem, possivelmente, estreita correlação com a opção pelo uso do DIU, uma vez que são contra-indicações ao uso de contraceptivos hormonais – tanto devido à interação com outras drogas (anticonvulsivantes, alguns antibióticos, fungicidas), como pelo aumento do risco de complicações decorrentes de

fenômenos tromboembólicos ou de comprometimento do metabolismo hepático e/ou renal – o que pode ser considerado um incentivo à continuidade na utilização do dispositivo.³¹

A média (7.41 centímetros) e a variação (5.5 a 9.5 centímetros) das histerometrias encontradas mostraram-se em concordância com os valores relatados por Avecilla e Moreno. Nesse trabalho, os autores concluíram que a histerometria não interfere na efetividade do DIU, não havendo, portanto, relação entre o tamanho da cavidade uterina e a ocorrência de gestação ou expulsão do DIU.³⁴ A literatura traz como limites à inserção do dispositivo de cobre histerometrias entre 6 e 9 centímetros,¹⁵ faixa esta na qual se enquadram 96.4% das pacientes com a histerometria descrita no presente estudo (n= 84).

O seguimento das pacientes assintomáticas, conforme preconiza o Ministério da Saúde deve ser feito após a primeira menstruação pós-inserção do DIU e a cada 6 meses durante o primeiro ano de uso. Os demais retornos para revisão devem ser realizados anualmente.¹⁵ As recomendações supracitadas mostram, por conseguinte, que os resultados obtidos nesse estudo referentes ao seguimento dessas pacientes são alarmantes, visto que 1 a cada 5 pacientes relata não haver retornado ao médico para a revisão do dispositivo. A análise dos dados também comprovou que, apesar de não ser significativo estatisticamente, as mulheres que fizeram ao menos 1 consulta de revisão tiveram maior tendência a apresentar intercorrências, ou seja, pode-se inferir que muitas mulheres só retornam ao médico devido ao surgimento de complicações.

O tempo médio de uso do DIU encontrado na presente pesquisa – 17.44 meses – assemelha-se com o tempo médio descrito nos estudos de Menedez Villalva e cols (22.67 meses)³² e de Campbell e cols (19.44 meses)³⁵. O período funcional estabelecido pela OMS para o DIU é de 10 anos, mas ensaios clínicos recentes já demonstraram sua eficácia por até 12 anos,^{15, 16} o que se mostra muito além da permanência encontrada. A discrepância entre tempo ideal de utilização e o encontrado nas publicações pode ser, em grande parte, explicado pela perda de seguimento das pacientes e pelas altas taxas de retirada do dispositivo,^{31, 36} sendo as intercorrências relacionadas ao DIU o motivo de retirada apontado por 88.9% das pacientes que não usavam mais o método.

As complicações que levaram à descontinuidade do uso do DIU foram principalmente a ocorrência de deslocamento/expulsão e a presença concomitante de sangramento intenso e dismenorréia. Estima-se que 5 a 15% das pacientes optam pela retirada do DIU ainda no primeiro ano de uso devido a queixas menstruais³⁸ e que 4 a 11.8% das remoções são consequência de deslocamentos/expulsões parciais ou totais dos dispositivos, geralmente durante os primeiros 3 meses de uso.^{31, 38}

O desejo de uma nova gestação foi a segunda causa de interrupção do método, com prevalência de 7.4%, superando resultados de outros pesquisadores que relataram taxas entre 3.4 e 4.8%.^{7, 31} Somente 1 paciente relatou opção por outro método contraceptivo (vasectomia) em detrimento do DIU, o que demonstra sua ótima adaptação e aceitação por parte das usuárias.

A presença de efeitos adversos inerentes ao DIU foi referida pela maioria das pacientes (70.9%), sendo que fator tempo não se mostrou determinante para o aparecimento dos mesmos. As pacientes casadas, em união estável ou com idade acima de 36 anos tiveram redução significativa da probabilidade de apresentar complicações. Uma explicação plausível encontrada para esses achados foi o fato de que as mulheres casadas ou em união estável são classificadas segundo a OMS como portadoras de baixo risco para DSTs,²⁷ embora não seja aceito mais o conceito de pessoa com risco para DSTs, e sim de comportamento de risco.

As queixas mais prevalentes tanto na presente pesquisa quanto em outros trabalhos foram a dismenorréia (28%) e o sangramento abundante (25%).^{7, 16, 19-21} Relatos referentes ao aumento da quantidade de muco não foram encontrados nas publicações pesquisadas.

A anticoncepção hormonal possui como mecanismo de ação a inibição do eixo que promove a maturação do óvulo, levando a mulher a um estado de anovulação induzida. Conseqüentemente, ocorre a interrupção do ciclo menstrual e a menstruação dá lugar ao sangramento por privação hormonal, ocasionando redução do fluxo e da dismenorréia, bem como a regularização dos ciclos.

As pacientes que relataram uso prévio de contracepção hormonal cursaram com maior tendência a apresentar tanto sangramento abundante como dismenorréia após a inserção do DIU, embora não tenha significância estatística. Uma hipótese evidenciada clinicamente, mas que não foi confirmada com os dados na pesquisa foi o fato de que essas pacientes toleraram menos essas intercorrências por não estarem mais adaptadas aos processos fisiológicos da menstruação e seus efeitos. Assim, como a reação do dispositivo dentro do útero pode exacerbar esses sintomas, ao inserirem o DIU elas apresentam maior chance de relatar dismenorréia e sangramento intenso.

A incidência de DIP entre as pacientes avaliadas de 2% apresenta-se dentro da faixa de valores encontrada, uma vez que a taxa de ataque em diferentes estudos apresenta grande flutuação de acordo com a definição adotada e os métodos utilizados para estabelecer seu diagnóstico, com variação de 1 a 10 casos a cada 1000 mulheres-ano.^{7, 18}

O surgimento de DIP nas usuárias de DIU é consideravelmente maior durante os primeiros 20 dias pós-inserção, sendo que após esse período não se observa diferença

significante em relação às mulheres que não utilizam esse método.¹⁸ Esse dado diverge dos resultados encontrados durante esse estudo onde, mesmo sem apresentar significância estatística, observou-se que as pacientes apresentaram cerca de 2.5 vezes mais chance de cursarem com DIP entre 3 e 12 meses após a inserção quando comparado ao primeiro trimestre de uso do DIU, mostrando a associação entre a variável tempo e o surgimento dessa complicação. Uma explicação para esses achados seria o tamanho da amostra de pacientes com DIP (3 pacientes), resultando em um possível viés de classificação.

O baixo tamanho amostral também impossibilitou a análise da associação entre DIP e as variáveis parceiro fixo e estado civil, sendo considerado esse fato uma limitação do presente trabalho.

A ocorrência de DIP nas mulheres em uso do DIU apresenta caráter multifatorial, sofrendo influência da idade da paciente e de seu comportamento sexual, bem como da presença e taxas de DSTs na população e da técnica e experiência do profissional que insere o dispositivo. Não se observou a prevalência dos dados supra-citados durante a pesquisa, visto que todas as pacientes que cursaram com DIP eram casadas, tinham parceiro sexual fixo e tiveram a infecção durante o primeiro ano de uso do DIU.

A expulsão do DIU, de acordo com outras publicações, ocorre em cerca de 5% das pacientes,^{7, 13} valor próximo do encontrado nesse trabalho (5.1%). Acredita-se que essa incidência possa ser reduzida com a adoção de técnicas de inserção mais rigorosas, posto que a grande maioria das expulsões se dá no primeiro ano de uso, principalmente durante o primeiro trimestre.¹³

Estudos com o DIU de cobre relatam taxas de gravidez inferiores a 1 em 100 mulheres ao fim do primeiro ano de uso,⁷ condizendo com os resultados do presente trabalho onde somente 1 paciente (1%) evoluiu com essa intercorrência. A idade é apontada como o principal fator associado à gravidez e mostra-se inversamente proporcional à taxa de falha do método, sendo significativamente menor nas mulheres com mais de 35 anos.⁵ Apesar da paciente ser jovem (25 anos), não se pode afirmar nesse estudo que a idade foi determinante para a ocorrência da complicação, uma vez que esse foi o único caso registrado pelos pesquisadores.

As ações em planejamento familiar fazem parte da atenção integral à saúde da mulher que por sua vez se inclui na estratégia de saúde da família, tendo como premissa básica a assistência plena à concepção e contracepção² pautada no princípio da paternidade responsável e no direito de livre escolha dos indivíduos e/ou casais. A baixa adesão aos

grupos por parte das entrevistadas mostra que ainda há muito a ser feito com relação à assistência ao planejamento familiar.

O motivo mais relatado para o não comparecimento às atividades educativas oferecidas foi o recebimento de orientação prévia sobre contracepção pelos próprios médicos durante as consultas, sendo que as pacientes em sua quase totalidade (98%) disseram-se satisfeitas com os esclarecimentos recebidos sobre o DIU e os demais meios de anticoncepção. O estudo de Osis e cols³⁹ corrobora em parte com esses achados ao relatar que as ações de planejamento familiar, com frequência, são executadas de forma isolada. Por outro lado, o mesmo refere em suas conclusões que os profissionais das equipes da saúde da família não entendiam o planejamento familiar como parte da atenção básica e não se consideravam capacitados para prestar assistência nessa área, o que diverge fortemente dos dados sobre informação contraceptiva apresentados.³⁹

As variáveis segurança e satisfação com o DIU apresentaram elevados percentuais entre as pacientes (86.9% e 78.8%), o que pode ser justificado por características inerentes ao próprio método já anteriormente descritas, como a comodidade, a alta eficácia, o tempo prolongado de uso, o excelente custo-benefício, entre outras. No entanto, as pacientes que cursaram com intercorrências tiveram aproximadamente 5 vezes menos chance de ficarem satisfeitas e 2,5 vezes menos chance de se sentirem seguras com o dispositivo. De acordo com estudo publicado recentemente, metade das pacientes relataram estar em uso do DIU há 5 anos e 90% não tinham planos de mudar de método anticoncepcional futuramente.³¹ Outro estudo publicado em 1998 que comparou as pacientes que haviam inserido DIU com ginecologistas e com médicos de família, observou altas taxas de satisfação em ambos os grupos e sem significância estatística, com 90.2% e 92.8% respectivamente.³²

Na análise conjunta das variáveis nível sócio-econômico e insatisfação com o DIU, foi observado que as pacientes com renda familiar mensal entre R\$800 e R\$1800,00 tiveram uma menor chance de apresentar insatisfação com o método em relação às demais pacientes – sem significância estatística – enquanto as mulheres que referiram ganhos mensais acima de R\$1800,00 tiveram uma chance 2 vezes maior de ficarem insatisfeitas com o dispositivo, não sendo, também, estatisticamente significativa. Entretanto, não foi encontrada nas publicações pesquisadas uma explicação plausível que pudesse justificar esse desfecho.

Os resultados encontrados reforçam os dados presentes na literatura, ao mostrar que o DIU é um método contraceptivo eficaz, seguro, com excelente custo-benefício e poucas contra-indicações ao seu uso. Não se encontram diferenças significantes entre a inserção do dispositivo realizada por médicos de família e por ginecologistas, o que apóia o conceito de

que as ações de planejamento familiar devem estar integradas, fazendo parte da atenção integral à saúde.

É importante reconhecer que o presente estudo apresenta limitações, principalmente devido à grande perda do seguimento das pacientes, o que não permitiu a realização de outras análises. Assim, deve-se incentivar a criação de novas pesquisas sobre o DIU na atenção primária, a fim de desmistificar esse método entre os profissionais da saúde e a população, e difundir seu uso entre as pacientes que procuram os centros de saúde e grupos de planejamento familiar na busca de um meio seguro de contracepção.

6 CONCLUSÃO

Diante dos resultados encontrados pode-se concluir que:

1. As pacientes que optam pela inserção de DIU na atenção primária são, em sua maioria, mulheres brancas, com 32 anos em média, casadas ou em união estável há aproximadamente 10 anos, com 2 gestações anteriores e uso prévio de anticoncepcional oral hormonal por 6,5 anos, apresentando o Ensino Médio completo e com renda familiar entre 800 e 1200 reais;
2. A taxa de falha encontrada corresponde a 1% das pacientes estudadas, ocorrendo aos 3 meses após a inserção do DIU;
3. A dismenorréia e o sangramento abundante foram as principais complicações relatadas pelas pacientes, seguidos pela mucorréia, infecção do trato genital, expulsão, DIP e gestação;
4. Cerca de $\frac{1}{4}$ das pacientes referiu não utilizar mais o método devido principalmente a causas relacionadas ao DIU (sangramento, dismenorréia, expulsão ou deslocamento), mas também por desejo de nova gestação e opção por outra forma de anticoncepção;
5. Aproximadamente 75% das pacientes não participaram de grupos de planejamento familiar anteriormente à inserção do DIU, recebendo informações satisfatórias sobre o método através de seus médicos em consultas individuais.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ministério da Saúde. Assistência em Planejamento Familiar: Manual Técnico. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
2. Ramos FIS. Análise histórica das políticas de planejamento familiar no Brasil. Rio de Janeiro: Universidade Estadual do Rio de Janeiro; 2008.
3. Arribas-Mir L, Ortega Del Moral A, Jodar-Reyes M. [The family doctor facing IUD insertion]. *Aten Primaria* 2005;36(10):576-84.
4. Thonneau P, Goulard H, Goyaux N. Risk factors for intrauterine device failure: a review. *Contraception* 2001;64(1):33-7.
5. Thonneau PF, Almont T. Contraceptive efficacy of intrauterine devices. *Am J Obstet Gynecol* 2008;198(3):248-53.
6. d'Arcangues C. Worldwide use of intrauterine devices for contraception. *Contraception* 2007;75(6 Suppl):S2-7.
7. Jenabi E, Alizade SM, Baga RI. Continuation rates and reasons for discontinuing TCU380A IUD use in Tabriz, Iran. *Contraception* 2006;74(6):483-6.
8. Ministry of Health and Medical Education—Bureau of Population and Family Health. Population and Health in the Islamic Republic of Iran- DHS, October 2000. Tehran: the Ministry of Health and Medical education and the United Nations Children's Fund (UNICEF); 2000. p. 64.
9. Ministério da Saúde. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher - PNDS 2006. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.
10. Morgan KW. The intrauterine device: rethinking old paradigms. *J Midwifery Womens Health* 2006;51(6):464-70.
11. Tone A. Devices and desires: A history of contraceptives in America. New York: Hill & Wong, 2001.
12. Johnson BA. Insertion and removal of intrauterine devices. *Am Fam Physician* 2005;71(1):95-102.
13. Mishell DR, Jr. Intrauterine devices: mechanisms of action, safety, and efficacy. *Contraception* 1998;58(3 Suppl):45S-53S; quiz 70S.
14. Patai K, Szilagyi G, Noszal B, Szentmariay I. Local tissue effects of copper-containing intrauterine devices. *Fertil Steril* 2003;80(5):1281-3.
15. Nelson AL. The intrauterine contraceptive device. *Obstet Gynecol Clin North Am* 2000;27(4):723-40.

16. World Health Organization. Long-term reversible contraception. Twelve years of experience with the TCu380A and TCu220C. *Contraception* 1997;56(6):341-52.
17. Caliskan E, Ozturk N, Dilbaz BO, Dilbaz S. Analysis of risk factors associated with uterine perforation by intrauterine devices. *Eur J Contracept Reprod Health Care* 2003;8(3):150-5.
18. Meirik O. Intrauterine devices - upper and lower genital tract infections. *Contraception* 2007;75(6 Suppl):S41-7.
19. Grimes DA, Lopez LM, Manion C, Schulz KF. Cochrane systematic reviews of IUD trials: lessons learned. *Contraception* 2007;75(6 Suppl):S55-9.
20. Kulier R, Helmerhorst FM, O'Brien P, Usher-Patel M, d'Arcangues C. Copper containing, framed intra-uterine devices for contraception. *Cochrane Database Syst Rev* 2006;3:CD005347.
21. Hill DA, Weiss NS, Voigt LF, Beresford SA. Endometrial cancer in relation to intra-uterine device use. *Int J Cancer* 1997;70(3):278-81.
22. Peterson HB, Xia Z, Hughes JM, Wilcox LS, Tylor LR, Trussell J. The risk of pregnancy after tubal sterilization: findings from the U.S. Collaborative Review of Sterilization. *Am J Obstet Gynecol* 1996;174(4):1161-8; discussion 1168-70.
23. Hubacher D. Copper intrauterine device use by nulliparous women: review of side effects. *Contraception* 2007;75(6 Suppl):S8-11.
24. Wesson J, Gmach R, Gazi R, Ashraf A, Mendez JF, Olenja J, et al. Provider views on the acceptability of an IUD checklist screening tool. *Contraception* 2006;74(5):382-8.
25. Shelton JD. Risk of clinical pelvic inflammatory disease attributable to an intrauterine device. *Lancet* 2001;357(9254):443.
26. Hov GG, Skjeldestad FE, Hilstad T. Use of IUD and subsequent fertility--follow-up after participation in a randomized clinical trial. *Contraception* 2007;75(2):88-92.
27. World Health Organization. Medical eligibility criteria for contraceptive use. 3rd ed. Geneva: World Health Organization, 2004.
28. Lauritsen JM, Bruus M, 2000-2008. EpiData Data Entry. In: Denmark O, editor. Data Management and basic Statistical Analysis System. 3.1 ed: EpiData Association; 2002.
29. Norusis M. SPSS/PC+. In. Chicago: SPSS Inc; 1986.
30. Censo demográfico. In: IBGE; 2000.
31. de Araujo FF, Barbieri M, Guazzelli CA, Lindsey PC. The T 380A intrauterine device: a retrospective 5-year evaluation. *Contraception* 2008;78(6):474-8.

32. Menendez Villalva C, Fernandez Dominguez MJ, Doval Conde XL, Blanco Perez S, Garcia Machi A, Gulin Gonzalez R. [Comparison of family physicians' and gynecologists' use of the intrauterine device (IUD)]. *Aten Primaria* 1998;22(10):622-6.
33. Stanwood NL, Garrett JM, Konrad TR. Obstetrician-gynecologists and the intrauterine device: a survey of attitudes and practice. *Obstet Gynecol* 2002;99(2):275-80.
34. Avecilla-Palau A, Moreno V. Uterine factors and risk of pregnancy in IUD users: a nested case-control study. *Contraception* 2003;67(3):235-9.
35. Campbell SJ, Cropsey KL, Matthews CA. Intrauterine device use in a high-risk population: experience from an urban university clinic. *Am J Obstet Gynecol* 2007;197(2):193 e1-6; discussion 193 e6-7.
36. Bouyer J, Rachou E, Germain E, Fernandez H, Coste J, Pouly JL, et al. Risk factors for extrauterine pregnancy in women using an intrauterine device. *Fertil Steril* 2000;74(5):899-908.
37. Sivin I, Stern J, Coutinho E, Mattos CE, el Mahgoub S, Diaz S, et al. Prolonged intrauterine contraception: a seven-year randomized study of the levonorgestrel 20 mcg/day (LNg 20) and the Copper T380 Ag IUDs. *Contraception* 1991;44(5):473-80.
38. Treiman M, Liskin L, Kols M, Rinehart W. Em dia com o DIU (Up to date with the IUD). *Pop Rep* 1995;13:1-35.
39. Osis MJD, Faúndes A, Makuch MY, Mello MB, de Sousa MH, Araújo MJO. Atenção ao planejamento familiar no Brasil hoje: reflexões sobre os resultados de uma pesquisa. *Cad Saúde Pública* 2006;22(11):2481-2490.

NORMAS ADOTADAS

Este trabalho foi realizado seguindo a normatização para trabalhos de conclusão do Curso de Graduação em Medicina, aprovada em reunião do Colegiado do Curso de Graduação em Medicina da Universidade Federal de Santa Catarina, em 17 de novembro de 2005.

ANEXO 1 - QUESTIONÁRIO

DATA: ____/____/____

N.º QUESTIONÁRIO: _____ (favor não preencher)

1. Idade: _____ anos.
2. Etnia: _____ (1)branca (2)negra (3)parda (4)caucasiana (5)indígena
3. Estado civil: _____ (1)**casada** (2)**solteira** (3)**viúva** (4)**separada** (5)**união estável**
4. Se casada ou união estável, por quanto tempo? _____ anos
5. Quantos anos estudou? _____ anos
6. No mês passado, quanto ganharam as pessoas de sua família que trabalham?

1ª pessoa: R\$ _____ (por mês)	2ª pessoa: R\$ _____ (por mês)
3ª pessoa: R\$ _____ (por mês)	4ª pessoa: R\$ _____ (por mês)
A família tem outra renda? _____ (por mês) TOTAL _____ (por mês)	
7. Quantas vezes ficou grávida? _____ vezes

Quantas vezes parto normal ? _____ vezes
Quantas vezes cesariana ? _____ vezes
Quantas vezes abortamento ? _____ vezes
8. Você tem alguma outra doença? _____ (1) sim (2) não Se sim, qual? _____
9. Você tem parceiro sexual fixo? _____ (1) sim (2) não
10. Você usa preservativo em toda relação? _____ (1) sim (2) não
11. Você ou seu parceiro usavam algum método para não engravidar antes do DIU? _____ (1) sim (2) não

Se sim, qual? _____
Se sim, por quanto tempo usou? _____ (meses)
12. Há quanto tempo usa DIU? _____ meses
13. Médico que inseriu: _____ (1) José Carlos (2) Paulo (3) Renata (4) outro: _____
14. Por que quis usar o DIU? _____
15. Desde que inseriu o DIU, apresentou alguma complicação?

Sangramento abundante? _____	(1) sim (2) não. Durante _____ meses
Aumento da dor durante menstruação? _____	(1) sim (2) não. Durante _____ meses
Infecção vaginal (corrimento)? _____	(1) sim (2) não. Durante _____ meses
Aumento de muco tipo clara de ovo? _____	(1) sim (2) não. Durante _____ meses
Infecção do útero (DIP)? _____	(1) sim (2) não. Quanto tempo depois? _____ meses
Perfuração do útero? _____	(1) sim (2) não. Quanto tempo depois? _____ meses
Expulsão do DIU? _____	(1) sim (2) não. Quanto tempo depois? _____ meses
16. Você engravidou usando o DIU? _____ (1) sim (2) não
17. Você considera o DIU um método seguro para não engravidar? _____ (1) sim (2) não
18. Nos últimos 3 anos, quantas vezes foi ao médico para revisão do DIU? _____ vezes
19. Atualmente você permanece com o DIU? _____ (1) sim (2) não

Se não, qual a causa? _____

20. Você está satisfeita com o DIU como método para não engravidar? _____ (1) sim (2) não
21. Você acha que foi bem informada sobre o DIU antes de colocá-lo (tx de falha, efeitos colaterais, como funciona)? _____ (1) sim (2) não
22. Você frequentou algum grupo de planejamento familiar antes de inserir? _____ (1) sim (2) não

Nques _____

Idade _____

Etnia _____

Ecivil _____

Tempocas _____

Estudo _____

Renda _____, _____

G _____

PN _____

PC _____

A _____

Dça _____

Parc _____

Pres _____

MAC _____

QualMAC _____

TempoMAC _____

TempoDIU _____

Médico _____

PqDIU _____

Sgto _____ T _____

Dor _____ T _____

Corr _____ T _____

Muco _____ T _____

DIP _____ Tapos _____

Perf _____ Tapos _____

Exp _____ Tapos _____

GestDIU _____

DIUseg _____

Revis _____

CDIU _____

Pq _____

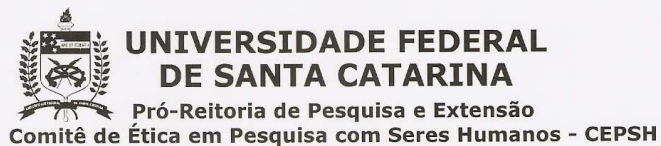
Satis _____

InfoDIU _____

Planfam _____

APÊNDICES

PARECER CONSUBSTANCIADO - CEP SH



Campus Prof. João David Ferreira Lima - CEP 88040-900
Trindade - Florianópolis - Santa Catarina - Brasil | www.cep.ufsc.br / +55 (48) 3721-9206

PARECER CONSUBSTANCIADO - PROJETO Nº 371/08

I - Identificação

Título do Projeto: Perfil das pacientes submetidas à inserção de Dispositivo Intra-Uterino no Centro de Saúde dos Ingleses

Pesquisador responsável: Orientador Charles Dalcanale Tesser e Co-orientador José Prado Jr.

Pesquisador Principal: Heloisa Ada Regianini

Temática: Reprodução Humana; Planejamento Familiar; Contracepção.

Instituição onde se realizará: Prefeitura Municipal de Florianópolis – SMS Agronômica

II- Objetivos:

Geral:

Descrever o perfil das pacientes que aceitaram o uso do DIU.

Específicos:

Registrar as falhas, complicações, confiabilidade e segurança do método contraceptivo

III- Comentários:

Toda a documentação está de acordo com as exigências, a coleta de dados será feita mediante questionário por meio de entrevista. O Termo de consentimento livre e esclarecido encontra-se redigido de maneira satisfatório, bem como o questionário.

IV- Parecer:

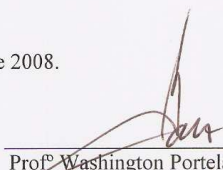
Pelo exposto, somos de parecer que o presente estudo, assim como o TCLE, sejam aprovados por este Comitê.

V – PARECER CEP SH:

APROVADO (X)

Data da Reunião

Florianópolis, 15 de dezembro de 2008.


Prof.º Washington Portela de Souza
Coordenador do CEP

Fonte: CONEP/ANVS - Resoluções 196/96 e 251/97 do CNS.

FICHA DE AVALIAÇÃO

A avaliação dos trabalhos de conclusão do Curso de Graduação em Medicina obedecerá os seguintes critérios:

1º. Análise quanto à forma (O TCC deve ser elaborado pelas Normas do Colegiado do Curso de Graduação em Medicina da Universidade Federal de Santa Catarina);

2º. Quanto ao conteúdo;

3º. Apresentação oral;

4º. Material didático utilizado na apresentação;

5º. Tempo de apresentação:

- 15 minutos para o aluno;
- 05 minutos para cada membro da Banca;
- 05 minutos para réplica

DEPARTAMENTO DE: _____

ALUNO: _____

PROFESSOR: _____

NOTA

1. FORMA

2. CONTEÚDO

3. APRESENTAÇÃO ORAL

4. MATERIAL DIDÁTICO UTILIZADO

MÉDIA: _____ (_____)

Assinatura: _____